

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Psiquiatría**



**TESIS DOCTORAL**

**Síndrome de Munchausen por poderes : un tipo sutil de  
niños maltratados**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**José Luis Jiménez Hernández**

DIRECTOR:

**Juan José López-Ibor Aliño**

**Madrid, 2015**

1 46946706

TA 2477

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
5331023885

TESIS DOCTORAL

# “SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES. UN TIPO SUTIL DE NIÑOS MALTRATADOS”

Realizada por D. José Luis JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

2004



A Mercedes  
A mi familia

## PROLOGO

Nuestro largo viaje por el mundo del Síndrome de Munchausen por poderes (by proxy) y la inusual mezcla de pacientes, víctimas, terapeutas, abogados, pediatras y trabajadores sociales que lo habitan, comenzó de forma inesperada hace ahora aproximadamente 20 años. La observación, de un numero sorprendente, de lo que en aquel momento nos parecieron extraños casos de enfermedades "inventadas", en nuestro entorno hospitalario, indujo en nosotros el comienzo de una búsqueda para saber mas acerca de la naturaleza de este trastorno y de como podíamos trabajar terapéuticamente con él. Desafortunadamente, en este proceso fuimos conscientes de las carencias que el tema presentaba con respecto a la literatura científica y el conocimiento clínico de aquellos que inevitablemente tienen la oportunidad de descubrir este extraño síndrome.

Por nuestra parte, una de las mayores recompensas, ha sido la satisfacción que a lo largo de estos años nos ha producido mejorar nuestro conocimiento para poder diagnosticar este raro cuadro y tratarlo. Así mismo las relaciones con otros profesionales implicados, con los que hemos compartido datos, observaciones y experiencias clínicas, han servido para enriquecer nuestras ideas. La extraña presentación del Síndrome de Munchausen por poderes, unido con demasiada frecuencia al sensacionalismo con que es tratado por los medios de comunicación cuando es descubierto, hace que este trabajo sea a menudo muy difícil, el tratamiento no se refiere solo a los pacientes y muchas veces debe trascender al entorno social para ser verdaderamente eficaz, muchos de nosotros no estamos adecuadamente entrenados para esto y es nuestra esperanza que el presente trabajo sirva para ayudar a todos aquellos que se enfrenten con esta compleja patología.

- INDICE -

**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES. UN TIPO SUTIL DE NIÑOS MALTRATADOS.**

1. INTRODUCCIÓN.....	
1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.2 Definición del Síndrome de Munchausen por poderes .....	11
1.3 Diagnostico psiquiátrico del Síndrome de Munchausen.....	14
1.4 Diagnostico psiquiátrico del Síndrome de Munchausen por poderes.....	21
1.5 Relación entre el Síndrome de Munchausen y el Síndrome de Munchausen por poderes.....	27
1.6 Características dimensionales del Síndrome de Munchausen por poderes.....	31
1.7 Síndrome psicológico en el Síndrome de Munchausen por poderes.....	38
1.8 Síndrome de Munchausen por poderes y falsas alegaciones de abuso físico o sexual.....	45
1.9 Epidemiología del Síndrome de Munchausen por poderes.....	48
1.10 Mortalidad en el Síndrome de Munchausen por poderes.....	54
1.11 Figura paterna en el Síndrome de Munchausen por poderes.....	58
1.12 Aspectos actuales en el Síndrome de Munchausen por poderes.....	60
2. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	
2.1 Justificación del estudio.....	67
2.2 Hipotesis.....	68
3. MATERIAL Y METODO.....	
3.1 Selección de la muestra.....	69
3.2 Descripción de criterios de selección.....	
3.2.1 Signos de alarma.....	71
3.2.2 Criterios diagnósticos.....	73
3.3 Descripción de la muestra excluida.....	77
3.4 Descripción de la muestra con diagnostico de Trastorno Ficticio en la infancia.....	80
3.4.1 Caso A.....	81
3.4.2 Caso B.....	87

3.4.3	Caso C.....	91
3.4.4	Caso D.....	95
3.4.5	Caso E.....	96
3.5	Descripción de la muestra con diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes.....	99
3.5.1	Caso nº 1.....	99
3.5.2	Caso nº 2.....	103
3.5.3	Caso nº 3.....	107
3.5.4	Caso nº 4.....	110
3.5.5	Caso nº 5.....	114
3.5.6	Caso nº 6.....	118
3.5.7	Casos nº 7 y nº 8.....	121
3.5.8	Caso nº 9.....	126
3.5.9	Casos nº 10 y nº 11.....	127
3.5.10	Caso nº 12.....	129
3.5.11	Caso nº 13.....	131
3.5.12	Casos nº 14 y nº 15.....	132
3.5.13	Caso nº 16.....	135
3.5.14	Casos nº 17 y nº 18.....	137
3.5.15	Caso nº 19.....	141
3.6	Estudio comparativo de la muestra con diagnostico de Trastorno Facticio en la infancia con la muestra diagnosticada de Síndrome de Munchausen por poderes .....	144
3.6.1	Variables continuas.....	144
3.6.2	Variables categóricas.....	144
3.7	Estudio de la muestra con diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes.....	145
3.7.1	Variables categóricas en las víctimas.....	145
3.7.2	Variables categóricas en las personas perpetradoras.....	145
3.8	Análisis estadístico.....	147
4.	RESULTADOS	
4.1	Descripción de la muestra total.....	148
4.2	Esquema de selección de la muestra total.....	149
4.3	Descripción de la muestra excluida.....	150
4.4	Descripción de la muestra con diagnostico de Trastorno Facticio en la infancia.....	151
4.4.1	Características generales.....	151
4.5	Descripción de la muestra final con diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes.....	152

4.5.1	Características generales.....	152
4.5.2	Descripción de los síntomas.....	153
4.5.3	Características particulares en las víctimas.....	154
4.5.4	Características particulares en las personas perpetradoras.....	155
4.6	Estudio comparativo de la muestra con diagnóstico de Trastorno Facticio en la infancia frente a la muestra con diagnóstico de Síndrome de Munchausen por poderes.....	157
4.6.1	Variables continuas.....	157
4.6.2	Variables categóricas.....	162
4.7	Estudio de la muestra con diagnóstico de Síndrome de Munchausen por poderes.....	164
4.7.1	Variables categóricas en las víctimas.....	164
4.7.2	Variables categóricas en las personas perpetradoras.....	170
4.7.2.1	Asociaciones de interés entre variables categóricas de las personas perpetradoras.....	182
5.	DISCUSIÓN	
5.1	Discusión general de la selección de la muestra.....	186
5.2	Discusión de la muestra excluida.....	187
5.3	Discusión de los criterios diagnósticos.....	189
5.4	Discusión de diagnósticos diferenciales.....	195
5.5	Discusión de diagnósticos en la muestra con Síndrome de Munchausen por poderes.....	204
5.6	Discusión de los síntomas de la muestra con Síndrome de Munchausen por poderes.....	211
5.7	Discusión del estudio comparativo entre los pacientes con Trastorno Facticio en la infancia y los pacientes con Síndrome de Munchausen por poderes.....	212
5.8	Discusión de variables en los pacientes con Síndrome de Munchausen por poderes.....	218
5.8.1	Variables categóricas en las víctimas.....	218
5.8.2	Variables categóricas en las personas perpetradoras.....	224
6.	CONCLUSIONES	
6.1	Generales.....	235
6.2	Particulares.....	241
7.	BIBLIOGRAFÍA	
7.1	Bibliografía.....	242

# INTRODUCCION

## 1. 1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El síndrome de Munchausen es un trastorno psiquiátrico en el que individuos aparentemente sanos buscan tratamientos médicos o quirúrgicos, inventándose o auto-induciéndose síntomas. Existen algunas citas anteriores en la literatura científica, sobre enfermedades fabricadas, pero es Richard Asher, en 1951, el primero que aplica el término “síndrome de Munchausen” a este tipo de patología.



Fig. 1ª: Portada de la traducción al castellano de la novela “Los viajes y aventuras del Barón de Münchhausen” escrita por Raspe en 1785.

Asher nombra el síndrome a partir de la historia de un barón alemán, del siglo XVIII, Karl Freidrich Hieronymus Von Münchhausen, conocido en su tiempo como un increíble narrador de cuentos que



contaba relatos de características fantásticas, los cuales estaban basados en sus viajes.

En estas narraciones se inspira Raspe (1785) para escribir la colección de cuentos de “los viajes y aventuras del Barón von Münchhausen” (Fig. 1a y 1b). A partir de ese momento, el nombre de Munchausen comienza a ser asociado con la narración de historias inverosímiles.



*Fig. 1b: Sello conmemorativo del 250 aniversario del nacimiento del Barón von Münchhausen, impreso en Alemania (1970). El Barón cabalga hacia la batalla en un caballo “roto”.*

Money y Werlwas (1976) utilizaron el término Munchausen por poderes para describir un caso de sordera psicosocial. Algunos años antes de esa fecha, aparecen algunas descripciones en la literatura de padres que focalizaban sus enfermedades en los hijos (Green & Solnit, 1964; Yudkin, 1961), o habían realizado envenenamientos no accidentales (Kempe, 1975; Lansky & Erickson, 1974; Rogers y cols., 1976).



El primer caso descrito por Meadow, fue una niña, Kay, de 6 años de edad, ingresada y estudiada sucesivamente en tres hospitales por presentar episodios recurrentes de hematuria y orina maloliente. Desde los 3 años, había sido tratada en múltiples ocasiones con antibióticos, que habían producido, secundariamente, erupciones cutáneas, fiebre y candidiasis. Los médicos estaban perplejos dada la intermitente naturaleza de los signos y síntomas. Los hallazgos de orinas hematúricas y purulentas se seguían de orinas claras en un plazo de horas, del mismo modo, descargas de flujo vaginal aparecían y desaparecían a lo largo de un mismo día. A pesar de todo, la niña aparentaba normalidad somática y un desarrollo adecuado para su edad.

Los padres de Kay tenían un comportamiento peculiar, caracterizándose por ser los mas colaboradores de la planta y permaneciendo la madre, de modo constante, al lado de la niña. Esta mujer era descrita por todo el mundo como una persona muy afectuosa y preocupada por ayudar a médicos y enfermeras, no solo respecto a los cuidados de su propia hija, sino también de los demás pacientes pediátricos. Sin embargo, frente a la inquietud de los médicos, no aparentaba mucha preocupación por la gravedad de los síntomas que afectaban a su hija. Finalmente, se sospechó el engaño ante la imposibilidad de resolver el caso, la inconsistencia de los hechos y el peculiar temperamento de la madre de la paciente.

Meadow y sus colegas decidieron seguir investigando, asumiendo que todas las cuestiones planteadas por la historia clínica, incluidas las investigaciones médicas realizadas a Kay eran falsas. Plantearon probar esta teoría, comparando las orinas recogidas con un control estricto, frente a las recogidas por la madre. De 57 muestras, 45 que habían sido

obtenidas por la enfermera fueron absolutamente normales, mientras que la 12 restantes, aportadas por la madre, presentaron hallazgos patológicos. El análisis demostró que la madre había añadido su propia orina e incluso flujo menstrual a las muestras de la niña. Las consecuencias de estos actos para Kay se tradujeron en 12 hospitalizaciones, 7 procedimientos radiológicos mayores, 6 exámenes bajo anestesia, 5 citoscopias, desagradables tratamientos con fármacos tóxicos incluidos ocho antibióticos diferentes, cateterizaciones, pesarios vaginales y cremas bactericidas, fungicidas y de estrógenos; los laboratorios cultivaron su orina mas de 150 veces y se le realizaron otras muchas pruebas, participando en su caso, hasta 16 especialistas, que fueron consultados en distintos momentos de la evolución.

La madre negó interferir con los cuidados de la niña. Sin embargo, durante su tratamiento psiquiátrico extrahospitalario, Kay permaneció asintomática y en perfecto estado de salud.

El segundo caso descrito por Meadow, en 1977, se llamaba Charles, quién desde las seis semanas de edad, presentaba ataques repentinos y recurrentes de vómitos y somnolencia asociados con hipernatremia. A su llegada al hospital, sus concentraciones plasmáticas de sodio estaban siempre altas; presentando, también, elevados niveles de sodio en orina. No obstante, los extensos estudios realizados, en tres diferentes hospitales, mostraron que los sistemas renal y endocrino de Charles funcionaban adecuadamente, y que excretaba una cantidad de sal normal. Charles, aparentaba ser un niño completamente sano, con un desarrollo adecuado para su edad cronológica.

A los 14 meses de edad, se hizo evidente que los episodios del niño ocurrían solamente en su casa. La madre, deliberadamente, impedía

que Charles permaneciera en el hospital durante la semana, pero cuando llegaba el fin de semana, le llevaba a urgencias con la sintomatología recurrente antes referida. Los pediatras, con los datos disponibles, advirtieron que la enfermedad podría ser causada por la administración externa de sodio, dirigiendo sus sospechas hacia la madre como autora del engaño. Por desgracia, mientras se hacían los preparativos para detener los abusos, una noche, Charles llegó al hospital en profundo estado de coma con hipernatremia, falleciendo a las pocas horas.

Meadow se dio cuenta de que los casos de Kay y Charles tenían muchas similitudes y recordaban al síndrome de Munchausen, aunque en lugar de presentar el propio sujeto los signos y síntomas falsos, estos eran creados sobre sus propios hijos, esta característica le sugirió a Meadow el término “by proxy”, por poderes, describiendo el nuevo síndrome de forma precisa y por primera vez en la literatura científica.

Para ser exactos, el síndrome de Munchausen por poderes, constituye una forma de abuso infantil, en la que el responsable del niño, induce y/o fabrica enfermedades en él. Reiteradamente, el cuidador busca atención médica para el niño, negando cualquier conocimiento sobre el origen de los síntomas. Esta forma de abuso infantil, puede producir daños físicos y/o psíquicos secundarios a las acciones directas del causante del engaño o indirectamente por los procedimientos médicos empleados con la intención de diagnosticar o tratar la rara sintomatología presentada por el niño. En el 95% de los casos la autora del abuso es la madre (Schreier & Libow, 1993a)

Los métodos empleados por la madre abusadora van desde inventar síntomas, pasando por manipular muestras de laboratorio y llegando a crear signos de enfermedad en sus hijos. La inducción de

síntomas puede oscilar desde infra o sobre medicaciones aparentemente inocuas, hasta graves acciones directas, que ponen la vida del niño en peligro como puede ser la sofocación (Boros & Brubaker, 1992), el envenenamiento crónico (Nicol & Eccles, 1985) o la inyección de diversas sustancias (Halsey y col., 1983). Estas madres son muy astutas e ingeniosas al inventar y/o crear los síntomas, haciendo muy difícil la detección del engaño. En la bibliografía médica se describen casos en los que la madre introducía saliva, heces o flujo vaginal en el catéter intravenoso del hijo (Rosenberg, 1987), contaminaba muestras de orina o heces con sangre (Crouse, 1992), o administraba altas dosis de laxantes al niño.

El perfil sintomatológico resultante en el niño-víctima suele ser multisistémico, con preferencia por el aparato digestivo y las convulsiones. En la mayoría de los casos, la aparente diversidad de órganos afectados produce la intervención de múltiples especialistas. Los síntomas descritos con más frecuencia son: hemorragias, convulsiones, pérdidas de consciencia, apnea, diarrea, vómitos, fiebre y letargia (Rosenberg, 1987; Schreier & Libow, 1993a), aunque se citan más de cien signos y síntomas diferentes.

En contra de lo que la comunidad médica pueda pensar, a muchas de estas madres sutil y peligrosamente abusadoras, se las describe como ideales, amorosas y sacrificadas, madres que colaboran excepcionalmente con el personal médico y de enfermería, resultando en apariencia perfectas cuidadoras de sus hijos (Leeder, 1990). Que una madre pueda, deliberadamente, hacer daño a su hijo hasta el extremo de poner en peligro la vida del niño, manipulando al mismo tiempo al personal sanitario y en general a todas las personas relacionadas con la

atención de la criatura, es algo inconcebible, cuya mera sugerencia atenta contra las bases del concepto de maternidad. Cuando esta sospecha se expresa, suele levantar encontradas opiniones entre los médicos, personal de enfermería y de administración que pueden incluso decantarse en favor de la madre (Blix & Brack, 1988). Una vez que esta ola de resistencia es parcialmente superada, a través de la confrontación con el/la abusadora, se suele extender a los nuevos profesionales que se van incorporando en el caso, como psiquiatras, trabajadores sociales, abogados y jueces (Feldman, 1994; Sheridan, 1989).

Invariablemente, estas madres cuando son sometidas a confrontación, niegan o minimizan los hechos, aun a pesar de la existencia de claras evidencias en contra, resultando característica la confianza que tienen en su poder de persuasión.

Identificar un caso de Munchausen por poderes es algo esencialmente difícil, la aparente actitud de protección hacia sus hijos y su disposición colaboradora con el personal sanitario no dejan ver el peligroso comportamiento abusador. Adicionalmente, el colectivo médico depende de una tradición, por otra parte evidentemente obvia, que basa el diagnóstico de los niños en la información aportada por los padres. Cuando los síntomas son inexplicables, la actitud habitual de los médicos es investigar con mayor intensidad para tratar de identificar la patología subyacente.

Desarrollar estrategias de alerta y conocimiento del síndrome de Munchausen por poderes, ayudará a superar la dificultad inherente y dará como resultado un incremento en la identificación de nuevos casos.

Una búsqueda bibliográfica completa realizada en 1990, aportó 77 referencias del síndrome entre los años 1966 y el mes de mayo de 1990;

una búsqueda similar pero del periodo comprendido entre junio de 1990 y julio de 1993 proporcionó 88 referencias adicionales. Esto incluye el primer libro editado sobre esta patología (Schreier & Libow, 1993a).

En estos últimos años, la divulgación de algunos casos especialmente dramáticos ha generado alarma social y ha convertido el síndrome en objeto de debate público (Kellerman, 1993; Wartik, 1994).

Las guías generales para sospechar y/o confirmar la existencia de un caso de síndrome de Munchausen por poderes han surgido especialmente de las descripciones de casos en la literatura científica. Los detalles de la enfermedad de la víctima, las características de la madre-abusadora y la dinámica familiar son los aspectos en los que parecen mostrar mayor acuerdo los diferentes autores, siendo las referencias a la dinámica familiar de la víctima y/o del abusador/a las de incorporación mas reciente, ya que en las primeras menciones del síndrome eran tratadas de un modo muy superficial.

A pesar de que cada vez aparecen mas publicaciones al respecto, todavía existen cuestiones que no están sistematizadas, en especial, en relación con las preguntas sobre la dinámica de la familia del abusador/a, no aportando, en muchas de ellas, información sobre la existencia o no de abusos sexuales o físicos previos.

Ante la sospecha de un caso de síndrome de Munchausen por poderes, es imprescindible una aproximación multidimensional, para asegurar un diagnóstico correcto y una planificación del tratamiento a corto, medio y largo plazo, tratando de eliminar cualquier posibilidad de equivocación y empleando siempre métodos que no sean potencialmente dañinos para la víctima del abuso.

Confirmar una sospecha diagnóstica en esta patología, es mucho mas sencillo cuando se incluyen los profesionales, intra- y extra-hospitalarios que han estado atendiendo a la familia y un consultor experto en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de abusos. Solamente el trabajo en equipo puede asegurar que todos los aspectos del caso puedan reunirse de manera eficaz para impedir y prevenir que las habilidosas alegaciones del abusador/a dividan a los profesionales que deben realizar el diagnóstico.

Toda la información ha de ser recopilada y coordinada: evaluación médica del niño, verificación de la historia clínica, revisión independiente de los informes médicos, evaluación psicológica y psicosocial de todos los miembros de la familia, evidencia fundada de que se ha producido daño intencional al niño y colaboración continua de todos los implicados con la familia. (Meadow, 1985; Rosenberg, 1987, y Schreier & Libow, 1993a). Así mismo, el apoyo del sistema judicial para el manejo del caso a largo plazo se plantea como incuestionable.

Aunque el número de casos que se identifican va en aumento, desafortunadamente, en su mayoría, los profesionales están poco preparados para trabajar con los abusadores y/o con los niños-víctimas del síndrome de Munchausen por poderes. (Kaufman y col., 1989). Esto resulta especialmente llamativo, en el caso de psicólogos y otros profesionales de la salud mental, Schreier & Libow (1993a) afirman que solo un 10% de las referencias bibliográficas al síndrome han aparecido en revistas de psicología y psiquiatría, encontrándose el resto en publicaciones pediátricas. Por otra parte, suelen ser presentaciones de casos con poca profundización en los aspectos terapéuticos. Sin embargo, los profesionales de la salud mental están llamados a

implicarse cada día mas en el tratamiento de este síndrome, así como en todos los otros tipos de abuso infantil. La falta de experiencia en el abordaje del síndrome de Munchausen por poderes es particularmente grave para los clínicos, ya que los modelos terapéuticos están apenas comenzando a ser esbozados.

La comprensión y conocimiento del síndrome de Munchausen por poderes se hace especialmente grave cuando pensamos en el pronóstico potencialmente mortal que tiene esta patología.

Desde la primera contribución hecha por Meadow en su artículo de 1977, se han hecho muchos avances, y actualmente contamos con algunas guías que no ayudan a identificar y verificar los posibles casos, sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer, para entender la dinámica que subyace en el síndrome de Munchausen por poderes (incluidos los aspectos genéricos que producen el elevado número de madres entre las causantes del abuso) y desarrollar tratamientos eficaces que incluyan el niño-víctima, el abusador/a y la familia.

Adicionalmente, se precisa de una auténtica colaboración interdisciplinaria si tenemos esperanzas de ser efectivos con estas familias. La detección precoz acompañada de una intervención eficaz se conseguirá solamente si existe una educación continuada en los profesionales que trabajan con las familias de niños que presentan una situación de enfermedad crónica.



## 1.2 DEFINICION DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Asher acuñó el término de síndrome de Munchausen (1951) cuando observó similitudes entre sus pacientes y las increíbles historias narradas por el afamado Barón de Münchhausen. Los enfermos de Asher contaban dramáticas y plausibles historias que sin embargo resultaban inverosímiles en relación a los síntomas expuestos y que se resumían en un sorprendente número de hospitalizaciones. En apariencia, sus pacientes no parecían obtener ninguna ganancia con este comportamiento, si exceptuamos una serie de innecesarios y muchas veces dolorosos procedimientos diagnósticos y quizás el placer de engañar a los médicos.

Asher fue el primero que mostró interés por un trastorno, durante mucho tiempo desconocido, que había recibido diferentes nombres tales como: adicción a los hospitales, adicción a la cirugía y enfermedad ficticia; los afectados de este síndrome han sido llamados “vagabundos de hospital” y “pacientes peregrinos”. Sin embargo, a todos los niveles el término mas utilizado ha sido y es síndrome de Munchausen (Sussman, 1989).

Meadow hace referencia al síndrome de Munchausen, en su clásico artículo de 1977, en el que describe los casos de dos niños sometidos a múltiples y dolorosas intervenciones médicas por culpa de las invenciones de sus padres. El autor hace notar el parecido entre los pacientes afectados por síndrome de Munchausen y estos padres que falsifican información con relación a sus hijos. Esta forma “por poderes” de Munchausen también ha recibido diversos nombres, tales como

síndrome de Polle, síndrome de Meadow, complejo de Medea, abuso infantil, envenenamiento crónico no accidental y enfermedad facticia “por poderes”.

Clarke y Melnik (1958) describieron un caso, ya clásico en la historia del Munchausen, en su artículo: “El síndrome de Munchausen o el problema de los vagabundos de hospital”. Se trataba de una mujer de 36 años que acudía a urgencias aquejada de dolor de oído con secreción, visión borrosa, cefalea y rigidez de nuca. Durante el proceso de admisión presentó un episodio de vómitos y bruscamente perdió el conocimiento, cursando todo el cuadro con extrema contractura de la musculatura del cuello. Se practicó una mastoidectomía exploratoria con hallazgos dentro de la normalidad. Con posterioridad a este proceso diagnóstico, la paciente comenzó a mejorar, y unas horas mas tarde apenas se encontraba ligeramente somnolenta; pudiéndose apreciar cierta debilidad muscular con alteraciones sensoriales en el lado izquierdo del cuerpo. En este momento se sospechaba un componente funcional en el proceso.

El líquido cefalorraquídeo resultó normal en todos sus parámetros, así como el electroencefalograma y otras investigaciones realizadas. Sin embargo, en la radiografía de cráneo se objetivaron orificios excavados en la región postero-lateral de ambos hemisferios y la paciente admitió en ese momento que había estado ingresada en un hospital hacía diez años. Los informes referentes a esta hospitalización indicaban que la enferma había sufrido una meningitis purulenta pero que el microorganismo responsable nunca fue descubierto. Debido a una sintomatología centrada en signos de hemiparesia izquierda se le había practicado un ventriculograma para descartar un absceso cerebral. La

paciente se había recuperado, después de recibir el tratamiento apropiado de la meningitis, pero los signos de paresia izquierda habían persistido. Gradualmente fue mejorando, y entonces apareció claramente que la mayoría de los síntomas referidos habían sido exagerados o directamente fingidos. La debilidad muscular izquierda y los leves cambios en los reflejos persistieron, presentando al mismo tiempo una elevación de la temperatura corporal que llegaba en algunos momentos a 40° C. En un intento de confirmar las sospechas, se chequearon las lecturas del termómetro, pero a pesar de una cuidadosa supervisión y de recoger la temperatura en diferentes zonas del cuerpo, la elevación térmica era constante, aunque no se acompañaba de los signos típicos de hiperpirexia. Cuando se hizo la investigación detallada de sus antecedentes se descubrió que además de un número importante de termómetros rotos existían informes de otros hospitales, confirmándose que esta mujer había visitado muchos centros, siempre con el mismo problema y permaneciendo ingresada, en algunas ocasiones, por espacio de meses.

Después de ser descubierta su estratagema la paciente fue trasladada a otra habitación. Su temperatura paso a ser normal y entonces abandonó el hospital sin el consentimiento médico. Uno de los aspectos que siempre quedó sin resolver en este caso, fue la habilidad que tenía esta enferma para producir una temperatura elevada a pesar de todas las precauciones tomadas por las enfermeras y el personal médico.

### 1.3 DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN

A pesar del uso extendido en las publicaciones de los términos síndrome de Munchausen y síndrome de Munchausen “por poderes”, es necesario hacer notar que en el manual de categorías diagnósticas (DSM-IV, 1994) los términos empleados y definidos son trastorno facticio y trastorno facticio “por poderes”, sin embargo la conexión entre ambos conceptos esta claramente establecida en la literatura científica.

En la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se utiliza el término mas general de “trastorno facticio con síntomas físicos” para definir el síndrome de Munchausen, identificándolo como uno de los tres subtipos de categorías diagnósticas de los trastornos facticios.

La categoría de trastornos facticios incluye también “trastornos facticios con síntomas psicológicos”, refiriéndose a la producción o invención de síntomas psicológicos, y “trastorno facticio inespecífico” para aquellos pacientes que no reúnen con claridad los criterios de las dos anteriores categorías. Teóricamente, cualquiera de estos diagnósticos se puede realizar con la sola presentación de un episodio de invención o inducción de síntomas. La repetición, o cronicidad en la forma de trastorno facticio se denomina, en general, síndrome de Munchausen, a pesar de que no es un término incluido en el Manual Diagnostico y Terapéutico de enfermedades psiquiátricas. (American Psychiatric Association, 1994; Taylor & Hyler, 1993).

Es importante recordar que síntomas físicos o psíquicos reales pueden coexistir con los síntomas facticios. De hecho, la presentación de un complejo conjunto de síntomas reales, exagerados, inventados e inducidos puede ser una situación factible en este síndrome. El tema fundamental para hacer el diagnóstico diferencial de trastorno facticio con síntomas físicos, es la simulación intencionada de una enfermedad física con la sola intención de obtener atención médica.

La tercera edición revisada del DSM-III (DSM-III-R, 1987) refina los criterios para el trastorno facticio, intentando aclarar los aspectos centrales de intencionalidad y motivación. La simulación de los síntomas es considerada intencional, pero fuera del control consciente del sujeto. Por ejemplo, la habilidad de la persona para simular la enfermedad, a la vez que considera el momento propicio para la simulación y planifica el encubrimiento de sus acciones sugiere una actividad cognitiva sujeta a control voluntario.

Pero al mismo tiempo, el comportamiento tiene una cualidad compulsiva, por la cual el enfermo es incapaz de refrenar sus acciones, aunque se de cuenta de las consecuencias potencialmente peligrosas, en especial cuando se enfrenta a ser descubierto o incluso después de la confrontación.

Barker remarca con especial énfasis la cualidad obsesiva de estos pacientes, en una reseña de siete casos publicada en 1962. Descubrió que tres de los enfermos tenían largas listas de los hospitales que se proponían visitar, con los síntomas que pensaban fabricar en cada uno de ellos, meticulosamente detallados. Por otra parte, es evidente que el control voluntario es algo enteramente subjetivo y únicamente puede ser inferido por un observador externo.

En términos de motivación, el DSM-III-R matiza que el objetivo fundamental de la persona es asumir el papel de enfermo en ausencia de una ganancia secundaria, tal como se ve en la Simulación. Los ejemplos de ganancia secundaria incluyen la obtención de compensación económica, la evitación del trabajo o escapar de un posible enjuiciamiento, la obtención “secundaria” de estos beneficios, por parte del paciente, puede dificultar especialmente el diagnóstico de trastorno facticio, ya que resulta complicado distinguir si es la motivación primaria para la creación de los síntomas.

Taylor y Hyler (1993) proponen un modelo tridimensional para representar tres procesos en el facticio y trastornos relacionados: motivación, producción de síntomas y tipo de síntomas. Estos autores afirman que: “El trastorno facticio se describe por el espacio representado por síntomas físicos o psíquicos voluntariamente fabricados pero inconscientemente motivados”.

El estudio del síndrome de Munchausen o trastorno facticio se ha centrado con preferencia en los síntomas físicos, pero también ha incluido síntomas psíquicos a pesar de que estos no sean frecuentes en la “presentación” de estos pacientes (Feldman y col. 1994). Concretamente, cuando aparecen síntomas psíquicos suele ser, en general, acompañando a los síntomas físicos. La fabricación, exageración o inducción de síntomas físicos es muy difícil de probar, pero los síntomas psíquicos son enteramente subjetivos y mucho mas difíciles de confirmar.

Feldman y col. (1994) indican que un síntoma psicológico frecuente, asociado al diagnóstico, suele ser la aflicción causada, supuestamente, por la afirmación, dramática, elaborada y generalmente falsa de la muerte de un ser querido. Depresión, alucinaciones visuales

y/o auditivas, pérdidas de memoria y pensamientos suicidas son síntomas comunes. Sin embargo, los casos de trastorno facticio se han relacionado con síndromes tan diversos como la demencia, el trastorno de personalidad múltiple y el trastorno por estrés postraumático.

Generalmente, el proceso y los objetivos son virtualmente los mismos que en el trastorno facticio con síntomas físicos, las exageraciones, invenciones o inducciones (ej: usando fármacos) de síntomas psíquicos son para lograr la atención del psiquiatra y asumir el papel de enfermo.

Pope y col. (1982) presentaron nueve casos de psicosis facticia. Se revisaron, a lo largo de un periodo de tres años y medio, los informes de 219 pacientes admitidos consecutivamente en un pabellón dedicado a la investigación de los trastornos psicóticos. De ellos, los investigadores identificaron 14 (6.4%) con probable psicosis facticia. Cinco pacientes fueron excluidos por presentar síntomas psicóticos reales asociados a los facticios. Se utilizaron los criterios del DSM-III para el trastorno facticio con síntomas psicológicos, extendiéndose los autores en aclarar el control voluntario de los síntomas, por parte de los pacientes. La manifestación de ideas delirantes o alucinaciones no concordantes con el diagnóstico de trastorno psicótico según el DSM-III, y la evidencia de control voluntario basándose en al menos dos de los siguientes ítems: a) el paciente admite que tiene control voluntario; b) síntomas fantásticos y poco convencionales carentes de estereotipia y c) respuesta inesperada de los síntomas al entorno.

Pope y col. (1982) describieron muchos aspectos fenomenológicos, familiares y de pronóstico a largo plazo en su muestra de dos hombres y siete mujeres. Un dato interesante, era que ningún

familiar en primer grado (en ocho casos de los que se disponía de esta información) había presentado síntomas psicóticos, aunque si había evidencia de otros trastornos psiquiátricos. Todos los sujetos reunían los criterios para trastorno de la personalidad límite y/o histriónico (cinco reunían los criterios de ambos). Los test psicológicos realizados a siete de estos pacientes fracasaron en diagnosticar síntomas psicóticos facticios, aunque era ya el diagnóstico que se sospechaba, los autores remarcaron las serias consecuencias de esta dificultad diagnóstica. En el momento del estudio, de 4 a 7 años después de la primera admisión, los pacientes puntuaron similar a un grupo de esquizofrénicos y significativamente peor que los grupos de enfermos maníacos o esquizoafectivos, en cuatro índices pronósticos (funcionamiento social y ocupacional, nivel de síntomas residuales y valoración global). Durante este periodo, ocho de los pacientes habían pasado meses o años ingresados en hospitales psiquiátricos, en el momento del estudio había cuatro ingresados y uno se suicido. Todos habían tomado neurolepticos a lo largo de su enfermedad y dos desarrollaron diskinesias tardías.

Parnell (1998) describe el caso de una joven de 17 años que estaba en tratamiento mental desde hacia dos años por presentar alucinaciones, agresividad física, apariencia escandalosa y comportamiento bizarro. Las alucinaciones consistían en voces que la ordenaban hacer daño físico a los demás, a la vez que veía “pequeños hombrecillos verdes”. Un antecedente familiar de trastorno bipolar y esquizofrenia y su convincente puesta en escena permitieron que fuese tratada con variada medicación psicotrópica, sin obtenerse ningún beneficio, y participase en diversos y complejos contactos terapéuticos.



La autora refiere que estableció una buena relación terapéutica con la enferma, gracias a un astuto supervisor y a permanecer, simplemente, en la habitación con ella. Aceptando la frecuentemente escandalosa manera de exponer los hechos de la paciente, pero con la esperanza de que sus problemas cotidianos se trataran en las sesiones. En poco tiempo ya no necesito hablar de “hombrecillos verdes”, y en su lugar apareció una disfunción familiar, una historia de abuso sexual y una fobia social severa. Los síntomas psicóticos dejaron de ser el centro de atención terapéutico, aunque sin un conocimiento pleno de este desplazamiento, próximos al final de la terapia, la paciente reconoció sus síntomas facticios y tomo conciencia de su significado. Utilizaba estos síntomas para protegerse de las dolorosas relaciones sociales y lograr aceptación, apoyo y una relación segura con alguien (el terapeuta).

Añade la autora, que a lo largo de la terapia se fue transformando su apariencia y comportamiento histriónicos y escandalosos, aunque esta muchacha, actualmente una talentosa actriz, siempre mostró una apariencia característica, el cambio radical fue que se hizo atractiva para los demás en lugar de repulsiva.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1994) mantiene sin cambios, los criterios diagnósticos básicos para el trastorno facticio, exceptuando la combinación de criterios para las dos categorías mayores. Para manejarse mejor con la mezcla de síntomas físicos y psíquicos que frecuentemente presentan estos pacientes, se muestra un grupo de criterios diagnósticos, entre los que el médico responsable del caso podría señalar los síntomas que predominan en cada uno.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO FACTICIO  
SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS  
TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

- a. *Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.*
- b. *La motivación de la conducta es asumir el papel de enfermo.*
- c. *Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).*

*Código según el tipo:*

***Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16);*** *si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos*

***Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19);*** *si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.*

***Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19);*** *si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.*

***Trastorno facticio no especificado (300.19);*** *incluye los trastornos facticios que no pueden clasificarse en ninguna de las categorías anteriores. Ejemplo el individuo que simula o produce signos o síntomas psicológicos o físicos a otra persona que se encuentra bajo su custodia, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo.*

*Reimpreso con permiso de la American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición. Washington DC. A.P.A. 1994. Copyright 1994*

#### 1.4 DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

La forma “por poderes” del síndrome de Munchausen no se aplicó por la American Psychiatric Association hasta el DSM-IV, que reconoció el síndrome en dos vertientes específicas. La primera fue la inclusión de la forma “por poderes” del trastorno facticio como un ejemplo de trastorno facticio inespecífico. En el DSM-IV podemos leer: Esta categoría incluye trastornos con síntomas facticios que no reúnen los criterios para Trastorno Facticio. Un ejemplo es el trastorno facticio “por poderes”, en el que la producción intencional o falsificación de síntomas físicos o psicológicos se hace en otro sujeto que esta bajo su cuidado, con la intención de asumir indirectamente el papel de enfermo.

La segunda y mas importante, fue el reconocimiento del síndrome de Munchausen “por poderes” como una categoría independiente descrita en el apéndice B del manual que aporta criterios y ejes para posteriores estudios.

##### CRITERIOS DE INVESTIGACION PARA EL TRASTORNO FACTICIO POR PODERES SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV)

- a. *Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en una persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.*
- b. *La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.*

- c. *No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (p.ej. una compensación económica).*
- d. *El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.*

*Reimpreso con permiso de la American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición. Washington DC. A.P.A. 1994. Copyright 1994*

Este apéndice contiene propuestas de nuevas categorías que no fueron incluidas en el DSM-IV porque se consideró que se precisaba información adicional antes de ser incluidas, oficialmente, como categorías diagnósticas. Esta sección proporciona un lenguaje común a investigadores y clínicos que estudian los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, los criterios expuestos se consideran tentativos y se aconseja a los investigadores que busquen criterios alternativos.

La inclusión de estos criterios en el apéndice del DSM-IV sugirió que la comunidad médica había comenzado a conocer el síndrome de Munchausen “por poderes” desde el punto de vista del diagnóstico formal, pero que aún eran necesarios más estudios para refinar los criterios.

Aunque el DSM es una de las fuentes de nomenclatura diagnóstica más extensamente reconocida, el fracaso para incluir el Síndrome de Munchausen por poderes como un diagnóstico en aquel momento contradujo el hecho de que los clínicos estaban “diagnosticando” el síndrome por necesidad de proteger a los niños. Los investigadores continuaron intentando aclarar los parámetros diagnósticos de la enfermedad, existiendo un significativo acuerdo en relación con los

aspectos centrales del Síndrome de Munchausen por poderes. (Meadow, 1982a, 1985; Samuels & Southall, 1992; Schreier & Libow, 1993a).

Los criterios incluidos en el DSM-IV aportaron una serie de cuestiones que debían ser debatidas antes de formalizar el síndrome de Munchausen por poderes como una categoría diagnóstica definitiva. En primer lugar, la categoría propuesta utiliza un lenguaje casi idéntico al empleado en el trastorno facticio, sugiriendo que uno es extensión del otro. Esto implica mas aspectos en común entre los dos síndromes, de los que realmente se han demostrado en la literatura científica.

La segunda cuestión se centra en que la definición tradicional del síndrome de Munchausen por poderes asume la fabricación y/o inducción de síntomas físicos, no existiendo una base real en las publicaciones para incluir síntomas psicológicos, si exceptuamos los referidos al trastorno facticio. Aunque los síntomas psicológicos deban ser considerados, es necesario un gran esfuerzo investigador en este área si queremos comprender el componente psicopatológico del síndrome.

El tercer aspecto se refiere al criterio de motivación que afirma debe ser: “asumir el papel de enfermo”, esto parece reflejar un intento de explicar la dinámica etiológica del trastorno. Sin embargo, la explicación es superficial, por que no aclara la causa por la cual el perpetrador elige al niño en lugar de asumir, él mismo, el papel de enfermo. Este criterio parece reflejar las primeras hipótesis, superficiales e inadecuadas, que afirmaban que el perpetrador buscaba atención para si mismo, a través de su comportamiento. Las descripciones de nuevos casos van aportando conocimientos sobre los complejos y diversos motivos que subyacen en el síndrome de Munchausen por poderes. Es evidente que varios motivos pueden estar presentes en un mismo caso y que además pueden

cambiar a lo largo del tiempo. En general, existe acuerdo en la inclusión de “ausencia de ganancia secundaria para el perpetrador” (ej: compensación monetaria), aunque este incentivo externo este presente, no debe de ser la motivación primaria.

Parnell (1998) propone refinar el criterio de motivación de la siguiente manera: “mantenimiento de una relación con el estamento médico para cubrir un conjunto de necesidades psicológicas”.

Por último, surge el criterio de intencionalidad. Como ya se describe en el trastorno facticio, el comportamiento parece cuidadosamente planeado y conscientemente ejecutado. Los casos en los que la madre ha sido filmada en vídeo así parecen atestiguarlo (Frost & Rosen, 1988). La experiencia clínica sugiere que estas madres saben exactamente lo que están haciendo y a lo largo de la terapia suelen reconocer, describir y discutir sus intentos, habiendo revelado los procesos de su pensamiento, antes, durante y después de cometer los actos abusadores.

Sin embargo, como ya se ha indicado con anterioridad, existe una cualidad de compulsividad que impide a estas madres parar sus acciones, incluso cuando se enfrentan a ser descubiertas o a las consecuencias legales. De nuevo, durante la terapia manifiestan la necesidad de interrumpir su comportamiento pero la incapacidad de autocontrolarse.

Day (1998) evidencia un cierto grado de disociación. Adicionalmente, la mayoría de las madres creen que sus hijos están verdaderamente enfermos, o se acaban creyendo sus propias historias (Fisher y col. 1993), basándose incluso en los tratamientos de los médicos que probarían que sus hijos deben de estar enfermos (Sanders, 1995b). Es difícil detectar el componente delirante en esta patología pero

algunos investigadores se refieren a: “la intensidad del delirio que concierne a estos padres” (Woolcott y col. 1982) o al proceso de pensamiento “casi-delirante” que les afecta (Ravenscroft & Hochheiser, 1980).

Finalmente, la edición mas reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000) que revisa toda la literatura científica aparecida desde 1992, se mantiene en las mismas categorías diagnósticas que el anterior DSM-IV, ya comentadas. Esto da una idea de la dificultad que entraña la categorización del síndrome de Munchausen “por poderes”, no habiéndose producido una investigación suficiente en este campo para definitivamente aclarar los conceptos fundamentales objeto de controversia.

Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) son similares a los criterios del DSM-IV-TR con varias excepciones importantes. En primer lugar, los criterios del DSM-IV-TR no incluyen elementos relacionados con la duración o frecuencia de la conducta facticia; por tanto, según estos criterios una persona puede ser diagnosticada de trastorno facticio sobre la base de un incidente aislado de conducta facticia.

En segundo lugar, el criterio C de la CIE-10 puede desalentar a los médicos ante el diagnóstico de trastorno facticio en pacientes que exageran una enfermedad que, por lo demás, puede ser real.

En tercer lugar, la descripción narrativa que se hace del trastorno facticio en el DSM-IV-TR diferencia explícitamente la automutilación, en la que el paciente no miente sobre los orígenes de su lesión, del

trastorno facticio, en el cual el sujeto intenta engañar al médico. La CIE-10 no establece esta distinción.

Por último, la CIE-10 incluye la condición de que la motivación de “conseguir una mayor asistencia médica” es un incentivo externo y, por tanto, indicaría simulación y no trastorno facticio. En la mayoría de los casos, este incentivo se contemplaría como interno en el DSM-IV-TR. Según Feldman, (2000) los criterios de la CIE-10 se debilitan porque implican que se puede distinguir fiablemente entre la búsqueda de gratificaciones del papel de enfermo de la búsqueda de una mayor asistencia sanitaria.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA CLASIFICACION  
ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES  
(CIE-10)

*para la producción intencionada o simulación de síntomas de discapacidades, ya sean físicas o psicológicas (trastorno ficticio)*

*a. El individuo muestra un patrón persistente de producción intencionada o simulación de síntomas o se autoinflige heridas para producir los síntomas.*

*b. No se encuentran signos de una motivación externa, como la compensación financiera, el escape de un peligro o una mayor asistencia médica.*

*c. Cláusula de exclusión utilizada con mayor frecuencia. No hay un trastorno físico o mental confirmado que pueda explicar los síntomas.*

*Reimpreso con permiso de World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10ª revisión, Ginebra, OMS 1992. Copyright 1992.*



## 1. 5 RELACION ENTRE EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN Y EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Aunque es cierto que existen similitudes entre el síndrome de Munchausen y el síndrome de Munchausen por poderes, el segundo no debe ser simplemente considerado una variante o rama del primero.

Como se ha dicho anteriormente, ambos síndromes afectan a pacientes cuya patología se centra en la simulación de una enfermedad que les ponga en contacto con los profesionales de la sanidad con objeto de satisfacer sus necesidades psicológicas. Este parecido sugiere una posible conexión entre las dinámicas motivacionales subyacentes de ambos trastornos. De hecho, un 10-25% de perpetradores del síndrome de Munchausen por poderes, también producen o fingen enfermedades en si mismos (Rosenberg, 1987).

Sin embargo, debe existir una diferencia fundamental en la psicopatología de un individuo que esta dispuesto a hacerse daño a si mismo, con otro que no solo está dispuesto a ver sufrir, sino a crear ese sufrimiento en otra persona que además es su propio e indefenso hijo. El sacrificio del bienestar físico de otra persona, e incluso su vida es bastante diferente del sacrificio del propio bienestar. El síndrome de Munchausen por poderes es mas una patología de la relación padres-hijos que una patología de uno mismo. Simplemente, no se sabe suficiente sobre el síndrome de Munchausen por poderes como para asumir que presenta la misma dinámica motivacional que presentan los casos de Munchausen.

Mientras que los pacientes con síndrome de Munchausen, no suelen en general suicidarse, la mortalidad en el síndrome de Munchausen por poderes, aunque imposible de precisar con exactitud, ha sido informado que oscila del 9% (Rosenberg, 1987) hasta el 31% (Alexander & Stevenson, 1990), en muestras de pacientes en las cuales fue posible realizar un seguimiento.

Se estima que el 98% de los perpetradores son mujeres (Rosenberg, 1987), en contraste los pacientes diagnosticados de Munchausen son a partes iguales, varones y hembras (Hylar & Sussman, 1981), aunque algunas fuentes sugieren una incidencia algo superior en hombres (A.P.A, 1987; Taylor & Hylar, 1993). Las víctimas del síndrome de Munchausen por poderes se dividen igualmente entre niños y niñas (Rosenberg, 1987)

Un fenómeno de interés se produce en aquellas madres perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes que muestran signos y síntomas de Munchausen ellas mismas, no solo precediendo al abuso, sino incluso después de sufrir la separación de los hijos (Schreier & Libow, 1993).

Parnell (1998) describe el caso de una madre de cuatro niños, que había victimizado a dos de ellos con su comportamiento Munchausen "por poderes". Su hijo de 20 meses había sufrido 28 visitas a urgencias y hospitalizaciones, que comenzaron al poco de su nacimiento. Sus problemas médicos incluían: asma, bronquitis, reflujo, diarrea, convulsiones, enfermedad reactiva de la vías respiratorias, apnea, meningitis y giardiasis. El niño fue sometido a una adenoidectomía y a una miringotomía bilateral con reemplazamiento de tubos. Además presentaba lesiones físicas secundarias a posible negligencia y abuso. La

mayoría de los síntomas dejaban de observarse cuando el niño estaba ingresado. La hermanita mayor, de 3 años de edad, fue traída a urgencias por la madre, alegando que la niña había sido abusada sexualmente en repetidas ocasiones por dos individuos, como resultado, la pequeña fue sometida a numerosas investigaciones, incluidos cuatro exámenes pélvicos.

En el momento que se iniciaron los tramites para investigar la posible existencia de un síndrome de Munchausen por poderes, la madre no presentaba una historia médica relevante, afirmando únicamente que había sido sometida a una tonsilectomía en la infancia, y refiriendo solo los ingresos correspondientes a sus partos, junto con una alergia a tres medicamentos. También mencionó un prolapso de válvula mitral “extra suave” con dolor torácico y piedras en el riñón, que por otra parte, no le causaban ningún problema. Sin embargo, durante las entrevistas de evaluación psicológica previas, la madre se describía a si misma como saludable, en buenas condiciones médicas y no tomando ningún tipo de medicación. Después de separar a los niños de la madre, la salud de estos mejoró rápidamente, mientras que la condición médica de la madre se deterioró espectacularmente. A los pocos meses de la evaluación fue sometida a cirugía mayor, siéndole extraído un riñón, que resulto ser perfectamente normal y funcionando. Este es el clásico caso de una madre Munchausen “por poderes” que al perder el acceso a sus hijos, vuelve sus obsesiones médicas hacia ella misma.

Ciertamente, algunas madres perpetradoras de Munchausen por poderes aparentan tener tal fijación con la enfermedad, que el objeto de sus ficciones parece variar en función de la oportunidad. (Smith & Arden, 1989).

Sigal y col. (1989) describieron el caso de un niño de 2 años y medio con convulsiones facticias. Varios meses después se investigó a sus hermanos por supuestos vómitos hemorrágicos, esto duró hasta que la madre fue tratada de unos problemas de espalda. Al poco tiempo, el niño inicial volvió a referir convulsiones, que de nuevo se comprobó eran falsas, desarrollando, en aquel momento la madre un problema de rodilla.

Waller (1983) también describe un caso en el que la madre después de ser sometida a la confrontación no acudió a la cita siguiente, teniéndose conocimiento de su ingreso en otro hospital aquejada de un abdomen agudo “extremadamente doloroso”, a pesar de no tener fiebre y presentar una analítica normal, su cuadro era tan espectacular que fue sometida a cirugía con el resultado de un apéndice normal.

En el momento actual, la persona perpetradora del síndrome de Munchausen por poderes se diagnostica de Trastorno Facticio Inespecífico; pudiéndose diagnosticar el niño-víctima de “Maltrato Físico en la Infancia”. Añadiéndose cuando sea pertinente otros diagnósticos en el eje I y II tanto a la víctima como al abusador.

## 1. 6 CARACTERISTICAS DIMENSIONALES DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Las referencias bibliográficas son la fuente mas importante para responder a la pregunta de cual es el comportamiento que subyace al síndrome de Munchausen por poderes.

Los ítems centrales del Munchausen por poderes son esencialmente los signos de riesgo enunciados por Meadow en su artículo de 1982.

### SIGNOS DE ALTO RIESGO PARA EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES DE R. MEADOW (1977)

- 1°. *Fabricación de síntomas, siendo los mas frecuentes: hemorragia (hematuria, hematemesis, hemoptisis, sangre en heces); cuadros neurológicos (somnolencia, convulsiones, inestabilidad motriz, coma); fiebres; graves desequilibrios bioquímicos; exantemas; glucosuria y vómitos fecaloideos.*
- 2°. *Enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación alguna.*
- 3°. *Discrepancias notables entre los datos clínicos y la historia.*
- 4°. *Síntomas y signos que no orientan a ninguna enfermedad medica conocida.*
- 5°. *Los síntomas y/o signos no se presentan en ausencia de la madre.*
- 6°. *Una madre excesivamente atenta y colaboradora; que se niega, de modo llamativo, a dejar al niño solo en la planta –ni por unos momentos- durante la estancia hospitalaria.*

7°. *El niño presenta, según la historia recogida de los padres, una sorprendente intolerancia a todo tipo de tratamientos por efectos secundarios no habituales.*

8°. *La madre muestra muy poca , o ninguna, preocupación ante síntomas amenazantes para la vida del niño.*

9°. *Madre con una historia previa de enfermedad similar a la que presenta el niño.*

10°. *Familia en que se observan problemas médicos diferentes y seyeros, o con niños que han muerto repentina e inexplicablemente.*

*Adaptado de Meadow, R.; 1982*

Y los criterios para definir el síndrome que fueron expuestos por Rosenberg en 1987.

DEFINICION DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES SEGUN D. ROSENBERG (1987)

a. *Enfermedad en un niño que es simulada y/o producida por un padre/madre o persona que ocupa el lugar de los padres.*

b. *Presentación de un niño en busca de diagnóstico o tratamiento médico, usualmente de forma persistente; que suele dar como resultado múltiples procedimientos médicos.*

c. *Negación por parte del perpetrador de la etiología de la enfermedad del niño.*

d. *Desaparición de los signos y síntomas agudos del niño cuando es separado del abusador.*

*Adaptado de Rosenberg, D.; 1987*

Aunque los aspectos esenciales hayan permanecido constantes a lo largo de las dos últimas décadas, los intentos para refinar el diagnóstico han producido importantes aportaciones, tales como la consideración del concepto dimensional en la gravedad de los casos, la inducción de síntomas psicológicos y la falsificación en las alegaciones de abuso sexual.

Algunos autores consideran que los límites de lo que debe considerarse síndrome de Munchausen por poderes tienen que ser ampliados (Rand, 1989, 1993), mientras otros argumentan que algunos comportamientos parentales, que son considerados Munchausen por poderes, no lo deberían ser (Baldwin, 1994; Eminson & Postlethwaite, 1992).

Se describe un “continuum” en la respuesta parental al estado físico del hijo, enfermo o sano, que varía de “bien adaptada” a “mal adaptada”. La respuesta mal adaptada ocupa ambos extremos en la reacción paterna ante la salud del hijo, no buscar ayuda médica es tan negligente como buscarla para enfermedades inventadas.

Varios autores han mostrado estos conceptos en un diagrama, intentando delimitar los patrones de comportamiento parental en la búsqueda de ayuda para atender la salud de sus hijos. Eminson y col. (1992) consideran el deseo parental de consultar por los síntomas de los hijos, el acuerdo entre padres y profesionales sanitarios en relación con la necesidad de la consulta y la capacidad de dichos padres para separar las necesidades de los hijos de las suyas propias.

Waring (1992) presenta un “algoritmo de persistencia” para contrastar la búsqueda parental de consulta médica para los hijos. Cuando un padre es persistente en su búsqueda de atención médica, el

clínico debe preguntarse si esta persistencia es consistente con los síntomas presentes y el diagnóstico médico.

Podría ser interesante tener en cuenta la sugerencia de Yudkin (1961) de hacer dos diagnósticos: ¿Que patología tiene el niño, si es que tiene alguna? y ¿Porque viene en ese momento concreto?.

Waring sugiere que debe existir congruencia entre la morbilidad del niño y el nivel de persistencia parental, de ese modo, ambos diagnósticos serían concordantes, en el caso de no serlo, el profesional debe considerar una segunda posibilidad que contemple la falsificación de los síntomas, para explicar la excesiva persistencia.

Los casos de Munchausen por poderes ocupan algún lugar en el continuum de respuesta parental a la condición física de los hijos, y dentro de los mismos casos de Munchausen se percibe un continuum de gravedad.

Existe cierto desacuerdo con respecto a donde colocar el Síndrome de Munchausen por poderes en este hipotético espectro, algunos autores argumentan que solo es “verdadero” el Síndrome de Munchausen por poderes que tiene signos o síntomas inducidos (Eminson & Postlethwaite, 1992), mientras que la gran mayoría de investigadores ha optado por dividir el síndrome en tres niveles de gravedad: ligero, moderado y severo (Baldwin, 1994; Kinscherff & Famularo, 1991; Libow & Schreier, 1986; Meadow, 1985).

Sin embargo, los parámetros propuestos en la literatura no son uniformes, existiendo una gran variedad de términos para describir las distintas actuaciones realizadas y los diferentes actores implicados (ej: Doctor “shopping”; enfermedad percibida; enfermedad fabricada; invalidez forzada; buscador de ayuda; adicto a los doctores; inductor



activo; exageración extrema de enfermedad; síntomas hiperenfatizados; percepción inapropiada). Las categorías están determinadas en base a factores tales como: frecuencia de los síntomas, potencialidad letal y motivación del abusador/a, o el método empleado para la simulación que puede ir desde exagerar una enfermedad real ya existente, hasta fabricar una patología con acciones no intrusivas (ej: alterando muestras de laboratorio) o con acciones intrusivas. Estas categorizaciones suelen excluir situaciones en la que la madre-abusadora esta utilizando al niño para comunicar malestar emocional, la fabricación no se considera crónica o severa y la perpetradora reconoce rápidamente y acepta el tratamiento cuando es confrontada.

En general, estas categorizaciones no han probado su utilidad, antes al contrario son nuestra “espada de Damocles” creando el riesgo del falso diagnostico o pseudomunchusen por poderes; de hecho, han resultado contraproducentes en relación a practicar una protección eficaz sobre los niños. Primero, porque muchos casos de Munchausen por poderes son mezclas de exageración, falsas informaciones e inducción de síntomas (Geelhoed & Pemberton, 1985).

Segundo, la motivación del perpetrador, a menudo, permanece oculta hasta bastante avanzado el proceso terapéutico. El abusador, en general, es manipulador y mentiroso, dando explicaciones sobre su comportamiento que suenan plausibles y verdaderas (ej: “yo solo quería ayudar a mi hijo”; “el hospital es el único lugar en que me siento útil”; “no podía cuidar al niño, yo sola”; “no comprendí bien las instrucciones del doctor”).

En tercer lugar, la disposición del perpetrador para reconocer su comportamiento y aceptar un tratamiento psicológico, es evidentemente

vital para la rehabilitación y el pronóstico, pero no puede ser utilizado para determinar el tipo o la severidad del caso. Es frecuente la existencia de abusadores que después de la confrontación y la confesión insisten con vehemencia en que la única ocasión en la que han participado es precisamente en la que han sido descubiertos, produciéndose luego, a lo largo de la terapia, confesiones de acciones facticias adicionales.

Es importante advertir la tendencia que hay de minimizar los hechos afirmando que “solo se ha tratado de un episodio” o que “solo han sido exageraciones”, una consecuencia siempre posible, cuando se le cuenta una mentira a un médico, es el daño yatrogénico y además una madre que necesita tener un hijo enfermo, combinará fácilmente la simulación con la fabricación física de síntomas. Adicionalmente, incluso “únicos episodios” o casos de “solo exageraciones” pueden esconder aspectos intrapsíquicos o intrafamiliares que no han sido detectados y que por tanto pueden poner a los niños en riesgo de morbilidad psicológica o de convertirse en víctimas de Munchausen por poderes (Croft & Jervis, 1989; McGuire & Feldman, 1989). Considerando la escalada evolutiva que tiene este comportamiento, podremos observar casos que se inician con un episodio de exageración de síntomas en una enfermedad real, que progresan hacia la fabricación de síntomas y terminan con la inducción de estos, en un mismo niño-víctima. Esta progresión se puede producir cuando la madre-abusadora comprueba que sus necesidades se ven satisfechas con sus acciones facticias y desea asegurarse que no va a perder el contacto con los profesionales médicos, pero también puede darse esta evolución si la respuesta del médico a la “enfermedad” del niño no es suficientemente satisfactoria para la madre, que desesperada aumentará la gravedad de

sus acciones. Existen casos en los que ese “único episodio” es una situación de inducción que pone en peligro la vida del niño sin haber existido síntomas fabricados previos.

Schreier & Libow (1993a) afirman claramente que una madre no necesita inducir síntomas para ser clasificada de Munchausen por poderes, es suficiente que falsifique la historia, fabrique síntomas o altere muestras de laboratorio. Estos autores sugieren, que igual que en el síndrome de Munchausen, en el Munchausen por poderes hay casos menos dramáticos, menos compulsivos y menos graves que otros. Afirman que algunas madres desarrollan un comportamiento Munchausen por poderes durante periodos de especial estrés y otras mantienen esta forma de actuar, compulsivamente, a lo largo de toda su vida. En resumen, todas estas variaciones constituyen, en la práctica, un serio riesgo, potencialmente mortal de abuso infantil.

Una pregunta surge ciertamente de todos estos datos, ¿como debemos clasificar a estas pacientes?, al igual que en todos los sistemas categoriales, algunas distinciones resultan útiles para identificar y hacer comunicaciones o investigación sobre este trastorno, con la intención de conocerlo mas profundamente. Mientras reconozcamos que cada madre-perpetradora es única, el estudio de las semejanzas entre ellas, nos ayudará a mejorar el conocimiento de esta patología, pero no debemos olvidar que cada caso debe ser estudiado en el contexto de sus circunstancias, considerando las acciones realizadas por la madre, el riesgo para el niño, el daño físico y/o psíquico real en el niño, la capacidad de la madre para reconocer parte o todo su comportamiento y la implicación de esta en el tratamiento.

Así mismo, para mejorar la planificación del tratamiento y el manejo del caso, debemos tomar nota de otros factores tales como el vínculo parento-filial, otras habilidades parentales y en general cualquier funcionamiento del sistema familiar. La consideración de estos aspectos será muy útil, en especial, en aquellos casos que parecen estar en los límites del síndrome de Munchausen por poderes. Todo esto nos servirá para mantenernos enfocados en la experiencia del niño, sin tener en cuenta que lo que intentamos es clasificar a la madre, ninguno de estos factores, tomado individualmente, puede utilizarse para categorizar de forma significativa a la madre.

#### 1.7 SÍNDROME PSICOLOGICO EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Un aspecto emergente en la clasificación del Síndrome de Munchausen por poderes es la inclusión entre los criterios investigadores del DSM-IV-TR, de fabricación y/o inducción de signos o síntomas psicológicos. La bibliografía, existente hasta la fecha, ha tratado el síndrome de Munchausen por poderes desde la perspectiva de fabricación y/o inducción de síntomas físicos en la víctima.

Virtualmente, no se sabe nada sobre la fabricación y/o inducción de síntomas psicológicos. El impacto psicológico o consecuencias para el niño-víctima del abuso que supone el síndrome de Munchausen por poderes esta comenzando a ser discutido en la literatura científica. (Bools y col., 1993; McGuire & Feldman, 1989; Schreier & Libow, 1993a; Day & Ojeda-Castro, 1998), aunque en general se interpreta

como una consecuencia que no esta implicada en la intencionalidad de la madre.

Únicamente un caso, que comentaremos mas adelante, (Fisher y col., 1993), reúne los criterios guía del DSM-IV-TR para Trastorno Facticio con síntomas psicológicos. Sin embargo, si nos extendemos en esta perspectiva, debido a la especial naturaleza del síndrome de Munchausen por poderes, aparecen una serie de formas claramente sugerentes del problema.

Habría una primera forma, en la que igual que en el síndrome de Munchausen, el síndrome de Munchausen por poderes psicológico cursaría con la exageración, fabricación o inducción de síntomas emocionales o problemas de comportamiento en el niño-víctima para obtener atención psicológica o psiquiátrica.

Existiría una segunda manera en la que el abusador/a induciría la enfermedad psiquiátrica o trastorno facticio con síntomas psicológicos, enseñándole al niño a simular o inducir síntomas físicos en si mismo, pudiendo incluir la manipulación encubierta, que desarrollaría en el niño síntomas psicógenos, en otras palabras, síntomas genuinos de origen emocional (ej: vómitos psicógenos)

Fisher y col. (1993) describen el primer caso en la literatura de enfermedad psiquiátrica inducida por la madre en el hijo, como eje central de un síndrome de Munchausen por poderes. El caso representa una compleja situación en la que se mezclan alergias fabricadas, abuso sexual “confirmado” y síntomas psicóticos entrenados.

Cuando Fisher y sus colaboradores comienzan a tratar al niño, este tenía 10 años, siendo su apariencia normal y saludable. Había sido alimentado con una dieta vegetariana hasta los cuatro años por presentar

unas alergias que ningún especialista había podido confirmar. La solicitud de un informe psicológico por alteraciones en el comportamiento, confirmó un desarrollo normal a la edad de cuatro años. A los 7 años, sus problemas de comportamiento empeoraron al extremo de ser puesto en acogida durante seis meses. Tras regresar con su madre, alegó haber sido abusado sexualmente por el padrastro de ella, lo que Fisher y col. indican fue “confirmado”. El muchacho respondió bien a la terapia y la madre obtuvo múltiples ayudas de los servicios sociales. A lo largo de este tiempo ella insistía en que nadie se daba cuenta de las severas dificultades de su hijo, y afirmaba que las alergias eran la causa del problema. Poco tiempo después de finalizar la terapia, la madre dijo que el niño había empezado a comportarse extrañamente, que tenía alucinaciones en las que veía la jungla y animales salvajes, refiriendo también que había tenido una aparición en la que ella misma le atacaba con un cuchillo. El terror que estas alucinaciones causaban en el niño, hizo que ambos desarrollaron un sistema de “contraseñas” especiales, para avisarse. Mas adelante, la madre informó que el muchacho se mostraba oposicional, destructivo y ladrón compulsivo de alimento. Tras una consulta psiquiátrica, se le diagnóstico esquizofrenia paranoide, instaurándose tratamiento con altas dosis de vitaminas, medicación psicotrópica y múltiples visitas a médicos, propagadores de la fe, espiritistas, curanderos y sacerdotes.

Cuando el niño fue visto en consultas externas, por Fisher y col., su estado mental era normal, y apenas podía recordar datos de sus experiencias anteriores. Debido a la discrepancia entre estas observaciones y el diagnóstico previo, se aconsejó su ingreso hospitalario, observándose en este periodo que era saludable físicamente

y toleraba alimentos a los que su madre decía era alérgico. No mostraba síntomas psicóticos, ni estos aparecieron al suspender la medicación, y tenía pocos problemas de comportamiento si exceptuábamos durante las visitas de su madre. Mas tarde, se advirtió que ella le proporcionaba detalladas descripciones de los síntomas, porque insistía que el niño tenía una “amnesia total”.

La madre fue confrontada con la sospecha médica de fabricar los síntomas y coaccionar al pequeño, lo cual fue negado categóricamente, pero aceptó la psicoterapia y a lo largo de esta se puede decir que alcanzó resultados favorables.

Fisher y col. (1993) hicieron unas interesantes observaciones con relación al espectro de comportamiento parental que fabrica síntomas y crea un síndrome de Munchausen por poderes. Sugirieron que el niño era mantenido en posición de enfermedad (física o mental) para desviar la atención de otros aspectos. Un ejemplo observado con frecuencia, entre los profesionales de la salud mental, es la familia disfuncional que reclama un diagnóstico psiquiátrico para el niño, intentando evitar que se conozcan los factores causales familiares. Alternativamente, también puede ocurrir que los padres insistan en una causa médica de las alteraciones de comportamiento del hijo, para no aceptar un diagnóstico de enfermedad mental crónica. Cuando las expectativas paternas no se cumplen o las demandas de tratamiento no se ven satisfechas, pueden iniciar un peregrinaje por diferentes profesionales hasta encontrar uno que este de acuerdo con ellos y suelen quejarse de los médicos que les obligan a esta búsqueda, porque “no saben ver los problemas de su niño”. Esta preocupación inicial por la existencia de una enfermedad

real, puede derivar con posterioridad en la fabricación del síndrome de Munchausen por poderes.

La segunda manifestación de síndrome de Munchausen por poderes con síntomas psicológicos es la inducción psicológica de síntomas físicos. El problema psiquiátrico que el perpetrador es capaz de inducir en la víctima es un síndrome de Munchausen por poderes con síntomas físicos y lo consigue a través de enseñar al niño a simular o inducir síntomas físicos. Puede ir desde alentar el comportamiento de enfermedad, enseñándole a encubrir la manipulación paterna hasta las instrucciones precisas para producirse los síntomas. La víctima puede ser o no consciente de este proceso, algunos niños son capaces de referir que sus madres les han enseñado a representar los síntomas, mientras otros que los manifiestan ante situaciones emocionales (ej: vomitan cuando se estresan) pueden tener su origen en el encubrimiento de la manipulación. Existe una fina línea entre el trastorno facticio con síntomas físicos, que se desarrolla en un niño sin intervención paterna y el trastorno facticio por poderes con síntomas psicológicos.

Croft & Jervis (1989) presentaron el caso de un niño de cuatro años con ataques epilépticos fingidos, después de una historia en la que su madre fabricó el primer episodio y luego le enseñó a simular las siguientes crisis. El niño fue capaz de explicar que su madre le había entrenado a “caerse de la silla, temblar y bizquear los ojos” para simular los ataques y que le premiaba con sus alimentos favoritos cuando lo hacía. Este caso mostraba aspectos típicos del facticio de adultos, aunque con la salvedad de haber sido enseñado por la madre, sin embargo, se han descrito pacientes infantiles con síndrome de Munchausen que no han sido enseñados ni entrenados por sus padres. (Sale & Kalucy, 1980;



Sanders, 1995b). La dificultad de estos casos se centra precisamente en confirmar si ha existido o no intervención paterna, lo que en ocasiones es prácticamente imposible demostrar.

La psicóloga Mary Sanders (1995b) discute en profundidad, el caso de los niños-víctimas, un poco mayores, que son invitados a colaborar y/o participar en sus propias historias de enfermedad. La autora define el síntoma “entrenamiento” como la invitación que los padres hacen al niño para participar en la producción de los síntomas. En relación a cada caso se hace la siguiente pregunta ¿esta el niño en connivencia con el perpetrador o realmente desconoce las acciones de este para crear o inducir la enfermedad?. Sanders sugiere un continuum para valorar el nivel de confabulación.

*Ingenuidad* : Niños que no saben que sus síntomas están siendo producidos. Probablemente esta es la situación mas frecuente para la mayoría de los niños-víctimas.

*Aceptación pasiva*: Niños que de alguna manera saben del engaño o abuso que se esta cometiendo, pero que no ofrecen información al respecto. Sin embargo, si se les pregunta directamente, pueden revelar su conocimiento (Es importante tener en cuenta que preguntar directamente a los niños es una herramienta infra utilizada)

*Participación activa*: Niños que participan activamente en la creación de sus propias historias de enfermedad, fabricando o exagerando los síntomas. Sanders puntualiza que estos niños, difícilmente pueden ser conscientes de las serias consecuencias de su comportamiento. Por tanto, pueden ser activos respecto de las acciones para generar la enfermedad pero ingenuos respecto a las consecuencias.

Estos muchachos pueden incluso creerse verdaderamente las historias de enfermedad cuando participan en ellas.

*Daño activo:* Niños que participan en crear sus propios síntomas y se encuentran comprometidos en autolesionarse. La motivación de estos niños puede ser el mantenimiento de la relación con sus madres, no con los doctores.

Sanders cuestiona el grado de propósito deliberado que hay en la confabulación infantil, recordándonos lo difícil que es valorar el nivel de intencionalidad tanto en el niño como en el adulto, sugiriendo que los clínicos estén preparados para considerar los aspectos conscientes e inconscientes cuando toman decisiones terapéuticas.

La motivación infantil para confabular parece girar primariamente entorno a mantener, de algún modo, las relaciones con la madre o para evitar la amenazadora alternativa. Un niño puede confabular, con intención de mantener la única vida que el/ella conoce. En resumen, Sanders comenta las sugerencias que se citan en la literatura para explicar la confabulación infantil, que incluyen la necesidad del niño por mantener el amor de su madre, el miedo a perder algún objeto y el deseo de proteger a sus padres, escondiendo el abuso.

Otra posibilidad, es la aparición de una “folie a deux” o delirio compartido, situación que se diagnosticaría como pseudomunchausen por poderes, en la que el niño asume la creencia en la falsa enfermedad fabricada por los padres, debido al contexto de la enmarañada relación que mantiene con ellos y secundariamente al aislamiento de los otros por causa de la enfermedad psiquiátrica parental.

Las consideraciones, sobre las sutiles interacciones que rodean la presentación de la enfermedad, reafirman la necesidad que tiene el

clínico de hacer una valoración completa de toda la familia, para comprender las alegaciones del síndrome de Munchausen por poderes.

Adicionalmente, cuando un niño presenta un síndrome de Munchausen, se debe realizar un cuidadoso análisis que considere todas las posibles explicaciones en el contexto de las relaciones paterno-filiales. Esta segunda forma de inducción de síntomas psicológicos o de trastorno facticio, es especialmente grave debido a la larga duración de las consecuencias psicológicas para el niño. Cuando el niño empieza a participar en la invención de la enfermedad, la capacidad de intervención de las agencias externas, por ejemplo de los servicios sociales de protección a la infancia, se ve aun mas limitada.

El área del Munchausen por poderes psicológico necesita considerables estudios para que seamos capaces de diferenciar y diagnosticar con precisión estos casos o comprender todas sus implicaciones.

## 1.8 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES Y FALSAS ALEGACIONES DE ABUSO FÍSICO O SEXUAL

Las falsas alegaciones de abuso físico o sexual están siendo consideradas como un área a destacar en el síndrome de Munchausen por poderes. Libow & Schreier (1986) describieron el caso de una niña, Jessica, de 5 años que vivía con su madre, Ms. T., y un hermano mayor. Así mismo, una abuela muy implicada en el cuidado de la pequeña, vivía cerca de ellos.

Ms. T. afirmaba que la niña había sufrido abuso sexual por parte de una familiar con la que la había dejado por espacio de un mes, cuando la niña tenía dos años. Desde entonces, la madre acudía, repetidamente, a urgencias con su hija, manifestando que esta tenía dolor en la micción e irritación vaginal. La falta de hallazgos físicos, en sucesivas exploraciones, derivaron a la familia al servicio de psiquiatría. Ms. T. reiteró sus preocupaciones de que la niña había quedado afectada por el abuso sexual, también insistió que no volvería a trabajar para no dejar a su hija con cuidadoras excepto la abuela y que evitaría posteriores contactos con otros niños. En una sesión de juego, la pequeña se comportó de manera relajada ante la separación de la madre y jugó adecuadamente con una familia de muñecos anatómicamente correctos. Ms. T. por el contrario, estuvo muy ansiosa y paranoica, expresando sus miedos de que la terapeuta fuese a quitarle la niña. Después de la segunda visita de seguimiento, dejó de acudir a las citas y buscó otro pediatra al que convenció de practicar un examen vaginal bajo anestesia y un periodo de observación hospitalario de 24 horas. No hubo hallazgos significativos y el pediatra se sintió engañado y frustrado cuando fue contactado por la terapeuta que le comentó las circunstancias del caso. Se hicieron numerosos esfuerzos para seguir este caso, pero finalmente la madre refirió que estaba buscando otro médico que confirmara sus sospechas de abuso.

Los informes de falsos abusos sexuales no son nuevos en la literatura (Benedek & Schetky, 1985) pero el tema se ha convertido en actualidad tras los recientes debates sobre las falsas “memorias” de abuso (Loftus, 1993; Myers, 1994). Aunque los niños son capaces de

mentir (Bussey y col. 1993) no suelen crear falsas alegaciones de abuso sexual fuera de la intervención paterna (Green & Schetky, 1988).

Las razones paternas pueden ser variadas, desde intentos de venganza hasta pretensiones de obtener la custodia de los niños, acusando al cónyuge, en los procesos de separación. En ocasiones, pueden producir daños físicos en el niño para intentar demostrar el abuso sexual. Meadow refiere que es durante la prolongada investigación de estos casos cuando aparece la sospecha del engaño. La carencia de autenticidad en las historias, la aparición de términos inapropiados en el lenguaje de un niño, la poca correlación emocional entre lo narrado y el estado que muestra el pequeño/a, son factores que elevan la sospecha. Adicionalmente, las madres parecen mas interesadas en contar los hechos que el propio niño, buscando confirmación incluso aunque esto sea desagradable para la criatura, no muestran la esperada empatía con lo sucedido a sus hijos y aportan detalles precisos de hechos acontecidos dos o mas años atrás.

En general, para un clínico que intenta confirmar la veracidad de unas alegaciones de abuso sexual y secundariamente un diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes será necesaria una considerable experiencia y conocimientos profesionales. Las circunstancias que rodean tales casos son extremadamente difíciles y complejas, siendo grandes las oportunidades para equivocarse. Quizás nunca determine la “verdad” sin una confesión, por ese motivo debe tomar en consideración todos los factores en relación con el caso.

## 1. 9            EPIDEMIOLOGIA DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Calcular con precisión la incidencia y prevalencia del síndrome de Munchausen por poderes es difícil por muchas razones.

Feldman y col. (2002) realizan una búsqueda en Medline entre todos los artículos que incluyeran los términos Munchausen o facticio, publicados entre 1966 y Mayo del 2000. Se encontraron 2155 citaciones, de ellas 1480 carecían de resumen, 474 eran informes de casos y 175 eran resúmenes, revisiones o tutoriales. Se asumió que las citas sin resumen eran cartas, editoriales o comentarios y fueron excluidos del estudio. Mas de los dos tercios restantes eran informes de casos y en las 201 referencias restantes encontraron observaciones generales sobre diagnóstico y tratamiento. Solo 26 artículos se podrían definir como intentos sistemáticos de recopilar datos de casos múltiples (3 casos o mas) y extraer conclusiones a partir de ellos. Siete de los 26 artículos describían la prevalencia del trastorno facticio en una gran muestra de casos con cuadros médicos (ej: el porcentaje de casos con fiebre de origen desconocido que tenían un trastorno facticio) (Knockaert & col., 1992; Rumans & Vosti, 1978; Sarwari & Mackowiak, 1997). Trece artículos describían las características médicas, demográficas o psiquiátricas de una muestra de pacientes con trastorno facticio. Aunque encontraron tres estudios de casos y controles que comparaban la prevalencia del trastorno facticio en sujetos y sujetos control, solo pudieron encontrar un trabajo de casos y controles en el que se comparaban las características de enfermos con trastorno facticio y los sujetos control. (Craven y col., 1994). Todos los estudios excepto seis,

eran revisiones retrospectivas de historias y solo dos describían los casos de trastorno facticio en términos de valoraciones psicológicas que no se incluyen habitualmente en la documentación rutinaria de los casos médicos. Que sepamos, en USA, nunca se ha realizado una investigación del trastorno facticio financiada con fondos federales.

En resumen se dispone de muy pocos datos empíricos relacionados con la epidemiología del trastorno facticio y casi ninguno relacionado con su etiología.

No se ha publicado tasa de prevalencia del trastorno facticio en grandes poblaciones, y los datos fiables sobre la prevalencia de este trastorno en poblaciones con enfermedades médicas son escasos.

Eckhardt-Henn (1999) estimó que la prevalencia de trastorno facticio en medicina general oscila entre el 0,5% y el 2% de todos los casos. Sutherland & Rodin (1990) describieron que el 0,8% de los casos médicos remitidos para consulta psiquiátrica tenían síntomas que cumplían los criterios de trastorno facticio. Kapfhammer y col., (1998) publicaron una prevalencia del 0,6% en una población similar.

Aunque se ha documentado el trastorno facticio en casi todas las especialidades médicas, puede ser particularmente prevalente entre ciertos grupos de sujetos. Por ejemplo, Gault y col., (1988) encontraron que el 2,7% de las piedras renales remitidas para análisis químico no tenían origen orgánico, lo que sugería que los pacientes habían tratado de hacer pasar piedras geológicas por fisiológicas. Sabot (1999) llegó a un porcentaje notablemente similar. Ballas (1996) publicó una prevalencia de trastorno facticio del 0,9% en una población de adolescentes con drepanocitosis. Como sería de esperar, la prevalencia es particularmente alta entre sujetos cuyos problemas son inescrutables o intratables.

En los trabajos realizados con casos afectos de fiebre de origen desconocido, las estimaciones de prevalencia de trastorno facticio han oscilado entre el 2,2 y 9,3% (Aduan y col., 1979; Rumans & Vosti, 1978).

En un análisis que comparaba pacientes con diabetes mal controlada con un grupo de pacientes control con diabetes estable, se demostró o admitió una interferencia deliberada con la terapia para inducir una inestabilidad de la enfermedad en el 40% de los enfermos con una diabetes mal controlada y en el 2% de los casos con diabetes bien controlada (Giell, 1992). No está claro cuantos de estos sujetos tenían síntomas que cumplirían criterios del diagnóstico de trastorno facticio; algunos podían estar fingiendo.

Fink, (1992) encontró que el 20% de los pacientes con historia de múltiples molestias médicas no explicadas tenían síntomas que cumplían los criterios diagnósticos del trastorno facticio. Muchos de estos estudios estaban limitados por la imprecisión diagnóstica (por ejemplo, si un episodio de enfermedad era facticio o fingido; y si, en los casos que afectaban a los niños, los padres o el paciente participaban en el engaño, juntos o no.

Los expertos coinciden en señalar que los trastornos facticios con síntomas físicos son los más frecuentes en la práctica clínica, que el subtipo combinado es menos frecuente, siendo la variante psicológica la menos habitual (American Psychiatric Association, 2000), según la bibliografía médica existente.

Otros investigadores que han estudiado la prevalencia de múltiples molestias médicas no explicadas, sin considerar el diagnóstico psiquiátrico publican unas tasas de prevalencia mucho mayores (Bridges



& Goldberg, 1985; Kroenke & Mangelsdorff, 1989). Incluso, según las estimaciones mas conservadoras, el 20-30% de todas las visitas médicas, se deben a molestias que no tienen una base física objetiva. Aunque no esta claro como estas causas de múltiples molestias médicas no explicadas se relacionan con el trastorno facticio, es probable que algunas representen formas subclínicas de una conducta de enfermedad facticia. En apoyo de esta suposición, Sansone y col., (1997) describieron que el 7% de los casos que acuden a atención primaria admitieron que intencionadamente participaban de conductas que inducían o prolongaban una enfermedad. No es probable que el trastorno facticio se diagnosticase en ninguno de estos casos, pero si lo es que una gran proporción de estos pacientes participase en una conducta de enfermedad facticia en algún grado.

Con respecto al trastorno facticio por poderes, debemos señalar, que aunque la mayoría de los casos se han descrito en Estados Unidos y Gran Bretaña, hay también muchas referencias internacionales en las publicaciones científicas (Abe y col., 1984; Bouchier, 1983; Geelhoed & Pemberton, 1985; Ifere y col., 1993; Lim y col., 1991; Lyall y col., 1992; Main y col., 1986; Oppenoorth, 1992; Pickford y col., 1988; Proesmans y col., 1981; Roth, 1990; Sigal y col., 1991; Single & Henry, 1991). La referencia de estos casos sugiere que el síndrome de Munchausen por poderes es un fenómeno que se extiende a todo lo largo y ancho del mundo, ocurriendo incluso en países que no tienen organizado un sistema de salud.

Se han hecho algunos intentos para estimar la incidencia, pero no se han basado en la valoración de la población global. Sin embargo, se han obtenido estimaciones dentro de grupos diagnósticos pediátricos

específicos. Por ejemplo, Godding & Kruth (1991) encontraron que un 1% (17 de 1648) de los pacientes asmáticos de su muestra eran identificados como Síndrome de Munchausen por poderes. Light & Sheridan (1990) estimaron que el 2.7 por 1,000 de los niños (0.27%) con monitores de apnea podían ser víctimas.

En 1984, Warner & Hathaway refiriéndose a 1600 niños atendidos por alergia en su hospital, informaron que 301 habían recibido detallado asesoramiento dietético, ante la sospecha de una alergia o intolerancia alimentaria. Identificaron 16 niños de los 301 (5%) como víctimas de síndrome de Munchausen por poderes, adicionalmente se identificó otro niño, de entre los 1600, con sospecha de alergenitos aéreos.

Los investigadores también han establecido estimaciones reuniendo las opiniones de profesionales que presumiblemente han tenido contacto con casos de síndrome de Munchausen por poderes. En una muestra de varios profesionales que trabajaban en atención primaria o en agencias de servicio comunitario, Kaufman y col., (1989) encontraron que el 40% de los que respondían al cuestionario, afirmaban haber tenido un caso sospechoso de síndrome de Munchausen por poderes durante el año anterior. Un total de 77 casos posibles habían sido vistos por 86 profesionales.

Schreier & Libow (1993b) estudiaron 870 neuropediatras y 388 digestólogos infantiles, asumiendo que estos especialistas podían ver las formas de presentación mas frecuentes del síndrome de Munchausen por poderes. La tasa de respuesta fue del 21.8% (190 respondedores) entre los neurólogos, un total de 107 de ellos comunicaron contacto con un caso de síndrome de Munchausen por poderes. La tasa de respuesta para los gastroenterólogos fue de 32.4% (126 respondedores) de los cuales

103 afirmaron haber tenido relación con un caso de síndrome de Munchausen por poderes. Toda la información unida de estos especialistas, representó 273 casos confirmados y 192 con seria sospecha de síndrome de Munchausen por poderes. Sin embargo, Schreier & Libow no incluyeron en su trabajo una estimación de los casos pediátricos totales que estos profesionales habían visto a lo largo de sus carreras. Aunque los estudios antes citados son de gran interés, ninguno de ellos aporta estimaciones validas de incidencia o prevalencia del síndrome de Munchausen por poderes.

La verdadera incidencia del síndrome de Munchausen por poderes es difícil de determinar porque muchos casos siguen estando sin detectar.

Los médicos admiten la existencia del síndrome, pero se resisten a reconocer que pueden ser engañados de esta forma, parecen decir: “sucede, pero a otros médicos, no a mí” (Sheridan, 1994).

A menudo hay casos sospechosos, pero carecen de las suficientes evidencias o estas se encuentran ocultas, de manera que nunca son oficialmente comunicados o investigados (Porter y col., 1994; Sullivan y col., 1991).

Otro problema añadido es el tiempo que se requiere para llegar al diagnóstico, estimado en 6 meses por Schreier & Libow (1993b) y 14.9 meses por Rosenberg (1982).

Adicionalmente, el número de muertes infantiles inexplicadas que se acumulan a lo largo de un año, incluidas las de hermanos de una víctima declarada de síndrome de Munchausen por poderes, pueden fácilmente incluir alguna muerte relacionada con síndrome de Munchausen por poderes.

Finalmente, en la literatura científica se tiende a describir solo los casos muy graves o que han sido confirmados de alguna manera y por supuesto muchos profesionales que ven casos de síndrome de Munchausen por poderes nunca contribuyen a las publicaciones con su experiencia. Del mismo modo que ocurre con otras formas de abuso infantil, la incidencia ha de ser en gran parte deducida hasta que se disponga de datos mas completos, pero es un hecho evidente que el síndrome de Munchausen por poderes dista mucho de ser una patología rara.

Jani y col., (1992) examinaron los informes de alta de pacientes pediátricos ingresados, para buscar indicios de síndrome de Munchausen por poderes. Compararon 14 altas voluntarias (en contra de la opinión del médico) y 24 traslados que se produjeron en el periodo de dos años del estudio, frente a 41 altas normales aleatoriamente seleccionadas. Utilizando 6 criterios procedentes de la literatura, los investigadores obtuvieron indicios sospechosos de síndrome de Munchausen por poderes en el 64% de las altas voluntarias, 8% de los traslados y en ninguna de las altas normales.

#### 1. 10 MORTALIDAD EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

En un curioso giro de la vida, Meadow describió en 1994, el caso de una mujer de 53 años que le había confesado a su psiquiatra que 20 años atrás mató a su hijo envenenándole con sal. Esta madre fue la

perpetradora de uno de los primeros casos de síndrome de Munchausen por poderes, descrito por Meadow en su artículo de 1977.

El conocimiento de que los niños-víctimas del síndrome de Munchausen por poderes pueden morir, por el abuso de que son objeto, no es nuevo; muchos autores han informado de fallecimientos entre estos niños.

Igual que ocurre con la incidencia del síndrome, la frecuencia con la que el síndrome de Munchausen por poderes da como resultado la muerte, se desconoce. Rosenberg (1987) encontró que el 9% de los niños-víctima de su análisis de 117 casos, murieron. Este dato fue criticado por varias razones (Meadow, 1990a), tales como que son las situaciones mas severas las que con mayor probabilidad aparecen en la literatura y además existía la posibilidad de duplicación de referencias en la muestra de Rosenberg. Posteriormente la Dra. Rosenberg indicó, en una comunicación personal, que estaba de acuerdo con el Dr. Meadow en cuanto a no generalizar la cifra del 9% a todos los casos de síndrome de Munchausen por poderes, confirmando que no existía duplicación en su analisis, en el estudio fueron excluidos los casos con información insuficiente para el diagnóstico o que no se ajustaban con precisión a su definición de síndrome de Munchausen por poderes.

Meadow (1982a) recopiló una serie de casos procedentes de pediatras y de su propio trabajo para estudiar las características de 19 niños-víctimas y sus familias. De estos, se sabe que murieron dos de los niños.

Mas tarde, Meadow (1990b) reunió 27 casos de niños que habían sufrido sofocación por sus madres. En esta muestra, 9 de los niños murieron y otro presentó graves secuelas de daño cerebral.

Adicionalmente, estos 27 niños tenían 15 hermanos mayores vivos, pero también existían en su entorno familiar, 18 hermanos muertos. Estas muertes se habían producido tempranamente en la vida de los pequeños, 13 de ellos con historia de apnea, cianosis o convulsiones; el diagnóstico mas frecuente que figuraba en sus certificados de defunción era “muerte súbita del lactante”.

Meadow (1993b) ha informado también de dos muertes entre 12 casos de envenenamiento no-accidental con sal.

Waller (1983) revisó 23 casos de síndrome de Munchausen por poderes y envenenamiento no-accidental. En este grupo, se sabe que murieron 5 niños.

Light & Sheridan (1990) informaron que de 24 niños con diagnóstico de apnea, que con toda probabilidad eran síndrome de Munchausen por poderes, murieron 3 y otro sufrió daño cerebral severo. Mas adelante, se supo que 5 hermanos también murieron, supuestamente de muerte súbita del lactante.

Alexander y col., (1990) han advertido de las altas tasas de muerte que se producen entre los niños de las familias con síndrome de Munchausen por poderes consecutivos. Estos autores describieron cinco familias en las cuales mas de un hermano fue víctima de síndrome de Munchausen por poderes; 13 niños fueron afectados en estas familias y 4 de ellos murieron.

Mitchell y col., (1993) revisaron los casos de 11 niños pertenecientes a cinco familias; su diagnóstico era apnea facticia y murieron 2 pequeños.

Finalmente, en el trabajo de Schreier & Libow (1993b) sobre neuropediatras y gastroenterólogos infantiles, el 9.7% de los casos en

que se sospechaba un síndrome de Munchausen por poderes dieron como resultado la muerte de la víctima.

Los niños-víctimas del síndrome de Munchausen por poderes pueden ser asesinados por el perpetrador de forma directa o indirectamente. Un niño puede morir por alguna manipulación concreta de su madre o secundariamente por complicaciones de un proceso diagnóstico o terapéutico. La cuestión que entonces surge, resulta evidente: ¿quería la madre matar al niño?, Partnell & Day (1998) inicialmente, creyendo que no había deseo de muerte en estos casos, los separaron del diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes. Parecía que la muerte del niño no era el objetivo, sino una consecuencia del comportamiento compulsivo de la madre-abusadora. La muerte del niño no sería un resultado posible en la mente de la madre, a pesar de que la lógica indicaría lo contrario dado su comportamiento. Sin embargo, a lo largo del tiempo, estas autoras descubrieron en la terapia que algunas madres deseaban o al menos fantaseaban con la muerte de sus hijos. De hecho, estas fantasías de la madre con la muerte del hijo incluyen aspectos como: que vestido se pondrá en el funeral, de que forma vestir al niño muerto, o que actitud de afectación deberá presentar ante los otros en el contexto de la muerte del niño.

En 12 casos de envenenamiento no-accidental con sal, Meadow (1993b) informó que 3 de las 7 madres perpetradoras confesaron deseo de matar cuando envenenaban al hijo.

## 1. 11      FIGURA   PATERNA   EN   EL   SÍNDROME   DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

El padre no-perpetrador en la familia de un caso de síndrome de Munchausen por poderes se suele ver como poco involucrado en la dinámica familiar. Suele aparecer como emocional y físicamente distante, quizás muy implicado en su profesión o realizando un trabajo que requiere largas estancias fuera del hogar. La madre-perpetradora suele manifestar sentimientos de abandono emocional y falta de apoyo por parte de su pareja, sí el terapeuta consigue superar la exposición inicial de familia perfecta que suelen hacer estas mujeres. Parnell (1998) afirma que en su experiencia la mayoría de estas familias suelen esconder un profundo y continuado desacuerdo marital.

Cuando la madre es confrontada, el padre suele asegurar que el no sabía nada del abuso y tiene grandes dificultades para creer las alegaciones, aunque inicialmente se muestra preocupado y coopera con las indagaciones. Sin embargo, una vez que supera el shock inicial, se alinea con la esposa en contra del ataque percibido por parte de médicos y otros profesionales. Mas adelante, a lo largo de la terapia se observa que la mayoría de estas parejas se divorcian (Parnell & Day, 1998).

El padre no-perpetrador no solo parece distante de la familia sino incluso de la enfermedad. Mientras el niño esta en el hospital raramente lo visita y es la esposa la que toma todas las decisiones médicas. Algunos padres ni siquiera saben de las visitas médicas de sus hijos. Es de notar, que esta falta de participación no suele apreciarse por parte de los profesionales hasta que comienzan a sospechar el síndrome de Munchausen por poderes.



En algunos casos en los que el padre sabía o podía saber del abuso que su mujer estaba cometiendo con su hijo, se han descrito actitudes de increíble y peligrosa pasividad, (Orenstein & Wasserman, 1986). También se han descrito casos en los que el padre parecía activamente implicado en la enfermedad del hijo (Woolcott y col., 1982), hasta el punto de confabular con la madre-perpetradora (Light & Sheridan, 1990; Schreier & Libow, 1993a)

Los padres biológicos se consideran perpetradores de síndrome de Munchausen por poderes en un 5% de los casos. Existen 13 casos de padres perpetradores, descritos en la literatura (Bath y col., 1993; Boros & Brubaker, 1992; Dine & McGovern, 1982; Godding & Kruth, 1991; Jones y col., 1993; Kovacs & Toth, 1993; Makar & Squier, 1990; Meadow, 1990b; Morris, 1985; Mortimer, 1980; Samuels y col., 1992; Single & Henry, 1991; Zohar y col., 1987).

Del mismo modo que ocurre con las descripciones de las madres-perpetradoras, en estos casos hay muchos aspectos que no están sistematizados, aunque si parecen existir algunos ítems que se repiten. Algunos de estos padres-perpetradores tienen historias de empleos inadecuados o cuestionables e incluso varios se describen como desempleados en el momento de los hechos. Otro aspecto que se repite suele ser la alta implicación que tienen en el cuidado diario de los hijos. Jones y col., (1993) consideran un posible factor el aumentado interés que aparece en estas familias en relación con el papel de cuidador del padre, sugieren que se generaría un estrés, al pretender ser el protector de la familia, que se manifestaría produciendo primero la enfermedad y luego rescatando al hijo.

Schreier & Libow (1993a) sugieren que este grupo de perpetradores exhiben una patología psiquiátrica compleja y bizarra, con posible psicosis. No estando de acuerdo, estos autores, con la descripción del padre devoto y entregado en su papel de cuidador.

Parnell (1998) revisa 13 casos de padre-perpetrador, 2 casos tenían historia de tratamiento psiquiátrico y 2 mostraban comportamiento autolesivo. Nuevamente la información concerniente a estos casos era muy variada y poco sistemática.

#### 1.12 ASPECTOS ACTUALES EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

En el año 1998, un grupo de profesionales asociados con APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children), se reunieron para desarrollar las definiciones que perfilasen la forma de abuso comúnmente conocida como síndrome de Munchausen por poderes.

Después de dos años de discusiones y de consultas con diferentes expertos en el tema, llegaron a la conclusión de dividir este síndrome en dos aspectos diferentes.

El primero es llamado Situación Pediátrica Falsificada, constituyendo la forma de maltrato infantil en la que el adulto falsifica síntomas físicos o psíquicos en la víctima, haciendo que esta sea vista por otros como un enfermo. Siguiendo el sistema de códigos diagnósticos del DSM-IV-TR, dicha situación debería codificarse como Abuso Infantil 995.54, cuando nos refiramos a la víctima y Abuso

Infantil V61.21 cuando nos refiramos al que lo realiza ( Ayoub, C. & col., 1998).

El Instituto Nacional de Salud Mental Americano (N.I.M.H.) patrocinó la Iª Conferencia Internacional de Investigación en síndrome de Munchausen por poderes en Estocolmo (Suecia. Agosto, 1998). La reunión de expertos era para intentar llegar a un acuerdo sobre la mejor manera de apoyar los estudios epidemiológicos y otros aspectos de la investigación sobre esta compleja patología.

Los objetivos incluían una mayor comprensión del trastorno, mejoras en el tratamiento y mas ambiciosamente la identificación de los aspectos que permitan un reconocimiento temprano del síndrome de Munchausen por poderes.

Eminson & Jureidini (2003) disienten en algunos de los objetivos propuestos, para ellos, la búsqueda de unas determinadas características psiquiátricas comunes a todos los perpetradores que pudieran servir de base a su identificación precoz puede resultar infructuosa, estos investigadores, afirman que igual que los intentos de generalizar algoritmos para predecir suicidio o violencia han sido improductivos, la pretensión de hallar unos parámetros comunes a todos los perpetradores que anuncien cuando se va a producir un caso de Munchausen por poderes puede resultar poco eficaz, argumentando que cuando pensemos en etiología y prevención necesitaremos con toda probabilidad varios paradigmas .

Estos mismos autores, proponen que las energías de la investigación se dirijan especialmente hacia dos aspectos que han surgido a la luz, precisamente, al considerar el abuso que representa el

síndrome de Munchausen por poderes: la somatización y los problemas que plantea la práctica de la pediatría moderna.

Con respecto al tratamiento, Eminson & Jureidini (2003) están de acuerdo en considerar que el estudio de las intervenciones practicadas en los casos probados de síndrome de Munchausen por poderes continúa siendo una aproximación útil.

Garantizar definiciones más cuidadosas y refinar las estrategias de abordaje, tanto a nivel de los servicios especializados en protección a la infancia como en los servicios generales de pediatría producirá, con seguridad, una mejora en la práctica clínica. Por ello, resulta un argumento a favor de los análisis más sistemáticos de los casos identificados, haciendo especial hincapié en el impacto que esta forma de abuso produce en los niños-víctimas. (Jones, 1994).

Sin embargo, la polémica surgida entorno a las posibilidades reales de fijar, a priori, unas características psicopatológicas que pudiesen servir para identificar a un posible abusador, no ha dejado de considerar la importancia de un hecho, la patología psiquiátrica del perpetrador, que por diversos motivos había quedado olvidado.

Roy Meadow (2002) hace una revisión de las diferentes interpretaciones dadas al síndrome de Munchausen por poderes en la práctica clínica, desde que él mismo, definiera inicialmente el síndrome, este autor hace especial mención de la dificultad que ha supuesto la aplicación del concepto desde la perspectiva de su utilización por especialistas pediatras que han centrado la patología en el niño-víctima, la mayoría de los casos publicados apenas refieren datos sobre la perpetradora o la historia familiar, sin embargo, durante estos últimos 10 años, la situación ha cambiado y cada vez son más los autores que

describen las características del causante del abuso, observándose la alta incidencia de patología psiquiátrica en ellos.

Un aspecto que se ha visto especialmente debatido ha sido la motivación del perpetrador, Herbert Schreier (2002), aprovechando la presentación y discusión del polémico caso de Kathy Bush, comenta la compulsividad de la conducta en la perpetradora, su afán de protagonismo y su aparente buen maternaje ante los ojos de los demás.

Así mismo, a la luz de la 1ª Conferencia Internacional de Investigación sobre el síndrome de Munchausen por poderes, han surgido dos importantes revisiones de la literatura científica, Feldman & Brown (2002) identifican 59 artículos de 24 países diferentes que describen al menos 122 casos, en su artículo detallan especialmente la edad de las víctimas, la identidad del perpetrador, y las características del abuso.

Mary Sheridan (2003) hace una revisión de 451 casos en lengua inglesa, incluyendo todos los casos publicados, excepto los 117 casos reunidos por Rosenberg (1987). La autora, en su descripción contrasta los datos de la casuística con los datos aportados en su día por Rosenberg, analizando las diferencias y semejanzas.

Finalmente, otro aspecto que cada día esta tomando mayor relevancia, es la posible responsabilidad médica en los casos de intervenciones no necesarias que se dan con tanta frecuencia en el síndrome de Munchausen por poderes, la implicación de los profesionales de la salud en este complejo síndrome, que termina muy a menudo en los tribunales, es un tema ampliamente debatido en la literatura. (Donald & Juredini, 1996; )

En esta línea, han surgido diversos movimientos y asociaciones, en especial en los Estados Unidos, que pretenden dar una cobertura legal o asesoramiento a personas que estén implicadas o tengan interés en el tema, un ejemplo es M.A.M.A ( Mothers Against Munchausen *Síndrome by Proxy* Allegations) asociación que ayuda a las madres que se sienten agredidas por un falso diagnostico de síndrome de Munchausen por poderes (Fig. 2).

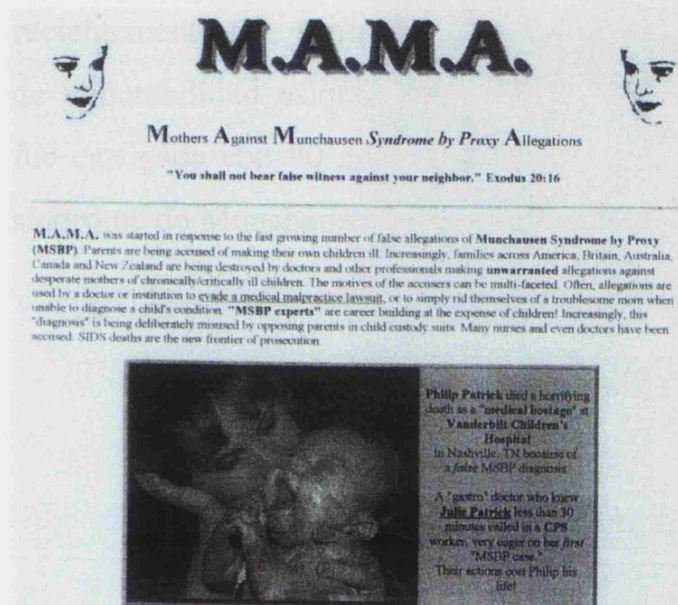


Fig. 2: Publicado en la web de M.A.M.A, asociación surgida para la defensa de las madres que se ven afectadas por el síndrome.

Así mismo, la falta de criterios uniformes que definan el síndrome ha afectado a la metodología legal y forense (Allison & Roberts, 1998; Schreier, 2002). Siendo el rechazo que produce, ver a una madre aparentemente normal e imaginarla haciendo daño a su hijo, otro gran obstáculo que se interpone en la comprensión del síndrome por parte de la jurisprudencia (Kinscherff & Ayoub, 2000).

para iniciar las preguntas a los pacientes como si estuvieran investigando un crimen. Para ello se aconseja una sistemática que ayude a contrastar toda la información existente en el caso:

- a) Reunir y ordenar todos los informes médicos.
- b) Evidenciar los síntomas facticios, verificando la exactitud de la historia clínica, fabricación de síntomas, relación temporal de los síntomas con la presencia de la madre, inconsistencias y contradicciones, diagnósticos diferenciales, dinámicas familiares.
- c) Comunicar los descubrimientos médicos observados y coordinarse en el manejo del caso a través de los sistemas de protección infantil.
- d) Cuando se necesitan mas evidencias: hacer un nuevo análisis retrospectivo, transversal y si es preciso prospectivo.
- e) Monitorización estrecha con vigilancia y supervisión del personal asistencial o por medio de vídeo encubierto.
- f) Evaluación psiquiátrica y tratamiento: Estudio psiquiátrico para evaluar las características y psicopatología de la persona perpetradora del abuso por medio de entrevistas semiestructuradas. Evaluación psicológica y madurativa de la víctima para determinar como vive la situación de maltrato. Estructurar las estrategias terapéuticas adecuadas para la rehabilitación del niño y su familia (Meadow, 1985; Frost, 1988; Jiménez-Hernández, 2003).

## OBJETIVOS



## 2.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La dificultad que entraña detectar con prontitud la existencia de un caso de Munchausen por poderes es evidente.

Los criterios diagnósticos que deben identificar esta patología como categoría diagnóstica en las clasificaciones americanas y en las internacionales, se hallan hasta ahora sin perfilar; a pesar de que dichos criterios se encuentran ya esbozados en la CIE.10 (1992) y desde la aparición del DSM-IV (1992) en el Anexo B, en forma de criterios de investigación. Los años transcurridos desde ese momento hasta la aparición del DSM-IV-TR (2000) no han sido suficientes para producir un total acuerdo en la comunidad científica que permitiese la inclusión definitiva como dicha categoría diagnóstica en el DSM-IV-TR (2000).

Sin embargo, la apremiante necesidad de precisar este diagnóstico basada en la gravedad pronóstica del síndrome, es incuestionable y se ve confirmada por la enorme proliferación de artículos científicos ocurrida en estos últimos años, elaborados por los expertos mundiales en el síndrome de Munchausen por poderes.

A pesar de los progresos realizados, la confusión que se plantea al no existir un consenso en relación a que aspectos deben ser incluidos o excluidos en esta patología, puede conducir a diagnósticos equivocados o a la falta de ellos, con las consiguientes graves consecuencias que se pueden derivar en ambas circunstancias.

En nuestra opinión, este trabajo pretende aportar algunos aspectos clarificadores del síndrome, tanto desde la perspectiva del diagnóstico como desde el planteamiento terapéutico.

Los 20 años dedicados al estudio de este raro síndrome, en el que el sujeto que sufre la enfermedad (el niño víctima) es distinto del que la padece (la madre perpetradora), nos permiten hacer algunos planteamientos que podrían ser innovadores para acelerar una temprana y correcta identificación, así como, para mejorar el tratamiento del síndrome de Munchausen por poderes.

## 2.2 HIPOTESIS DE TRABAJO

La primera de nuestras hipótesis se basa en la observación de las diferencias y semejanzas que pueden existir entre los niños que sufren victimización en un síndrome de Munchausen por poderes y los niños con diagnóstico de Trastorno Ficticio en la infancia.

La segunda y tercera se centran en determinar que las madres perpetradoras del síndrome son todas psicopatológicas, y demostrar que su psicopatología se concreta en un perfil específico, prevalente y unívoco, que las caracteriza.

La cuarta hipótesis de nuestro trabajo se basa en objetivar que siempre existe un tipo de relación vincular anómala, en mayor o menor grado, entre “la madre perpetradora” y la “víctima” de un síndrome de Munchausen por poderes.

Las dos siguientes hipótesis se refieren, en primer lugar, a precisar los aspectos que identifican las conductas hospitalarias de las personas perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes; y posteriormente, a comprobar que existen similitudes entre dichas conductas y las observadas, así mismo a nivel hospitalario, en los pacientes diagnosticados de Trastorno Ficticio en la infancia.

Sobre la base de aportar nueva información al complejo síndrome de Munchausen por poderes, con objeto de contribuir en el proceso de refinado de criterios de investigación, para la posible inclusión de una categoría diagnóstica específica del síndrome, un objetivo central de nuestro trabajo es la definición de criterios uniformes que le identifiquen con exactitud.

Un ultimo aspecto pretende probar y mostrar, en nuestra experiencia, las posibilidades de tratamiento que tiene este síndrome.

## **MATERIAL Y METODOS**

### 3. 1 SELECCION DE LA MUESTRA

Nuestro trabajo es un estudio retrospectivo de 54 casos de niños/as de edades comprendidas entre 1 y 17 años, pertenecientes a 42 familias diferentes, atendidos por el autor, en la Sección de Psiquiatría Infantil de los Hospitales “Ramón y Cajal” y “Cruces”, respectivamente, con sospecha de diagnóstico inicial de síndrome de Munchausen por poderes (CIE-10: F 68.1 y DSM-IV-TR: 300.19)

Los 54 casos clínicos han sido recogidos a lo largo del periodo comprendido entre Octubre de 1983 y Noviembre del 2000. Presentaban algunos de los **signos de alarma** (Tabla I), que son la razón primaria que inducía a pensar en un posible diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes.

---

Signos fabricados, fingidos o inventados
Enfermedad crónica inexplicable
Discrepancias anamnesis-hallazgos
Síntomas y signos “muy raros”
Siempre en presencia de la madre
Madre “colega” del médico.
Intolerancia a los tratamientos
Madre indiferente al pronóstico
Enfermedad similar de la madre
Antecedentes de muertes familiares inexplicables

---

TABLA I: Signos de alarma que hacen sospechar el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes.

Adaptado de Meadow, 1982 por Jiménez-Hernández, J.L.; López-Ibor Aliño, J.J. y col. 1987.

Todos los pacientes procedían de la Unidad Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital “Ramón y Cájal” de Madrid (1983-1987), y de la Sección de Psiquiatría Infantil del Departamento de Pediatría del Hospital “Cruces” de Baracaldo-Vizcaya (1987-2000).

La investigación, consistía en una profunda revisión clínica de cada uno de los casos, con el fin de comprobar si la sospecha diagnóstica era concordante con la aplicación de **siete criterios diagnósticos del Síndrome de Munchausen por poderes** que serán expuestos posteriormente. Dichos criterios se obtuvieron en parte de los ya existentes en la literatura científica referente al síndrome, siendo modificados por el autor, con la intención de perfilar algunos aspectos referentes al perpetrador.

Durante el estudio se excluyeron 35 casos, que serán relacionados con los motivos que se detallan a continuación:

- 1º Imposibilidad de recoger todos los datos.
- 2º No cumplir todos los criterios diagnósticos
- 3º Ser pseudomunchausen por poderes
- 4º Tener otro diagnóstico psiquiátrico diferente
- 5º Ser un episodio único, sin otros antecedentes previos.
- 6º Presentar exclusivamente, malos tratos físicos
- 7º Ser trastorno ficticio en la infancia

De estos 35 quedaron definitivamente excluidos de la investigación 30 casos y los 5 restantes que cumplían el motivo 7, es decir tenían diagnóstico de Trastorno Ficticio en la infancia, pasaron a formar el grupo comparativo con nuestra muestra final.

Quedando la muestra final constituida por 19 pacientes con diagnósticos definitivos de Síndrome de Munchausen por Poderes, pertenecientes a 15 familias.

### 3.2 DESCRIPCION DE CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 3.2.1 SIGNOS DE ALARMA

Los signos de alarma que advierten de la existencia de un posible caso de Síndrome de Munchausen por poderes fueron primeramente enunciados por Meadow (1982) y posteriormente completados por Guandolo (1985). Estos autores proponen que cuando alguno de los signos que se detallan a continuación se observan en un paciente, esto puede hacernos sospechar que nos encontramos ante un caso de síndrome de Munchausen por poderes.

Pasamos a enunciar los signos de alarma propuestos por Meadow y Guandolo:

- 1º Fabricación de síntomas, siendo los mas frecuentes: hemorragia (hematuria, hematemesis, hemoptisis, sangre en heces); cuadros neurológicos (somnolencia, convulsiones, inestabilidad motriz, coma); fiebres; graves desequilibrios bioquímicos; exantemas; glucosuria y vómitos fecaloideos.
- 2º Enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación alguna.
- 3º Discrepancias notables entre los datos clínicos y la historia.
- 4º Síntomas y signos que no orientan a ninguna enfermedad medica conocida.
- 5º Los síntomas y/o signos no se presentan en ausencia de la madre.



6º Una madre excesivamente atenta y colaboradora; que se niega, de modo llamativo, a dejar al niño solo en la planta –ni por unos momentos- durante la estancia hospitalaria.

7º El niño presenta, según la historia recogida de los padres, una sorprendente intolerancia a todo tipo de tratamientos por efectos secundarios no habituales.

8º La madre muestra muy poca , o ninguna, preocupación ante síntomas amenazantes para la vida del niño.

9º Madre con una historia previa de enfermedad similar a la que presenta el niño.

10º Familia en que se observan, en varios miembros, problemas médicos diferentes y severos o con niños que han muerto repentina e inexplicablemente.

Basándonos en las señales de alarma propuestas por Meadow y Guandolo, el autor de este trabajo, J.L. Jiménez Hernández y el profesor J.J. López-Ibor , en 1987, enunciamos, de una manera resumida, diez signos de alarma que detallamos a continuación y son los que figuran en la tabla I

Signos fabricados, fingidos o inventados

Enfermedad crónica inexplicable

Discrepancias anamnesis-hallazgos

Síntomas y signos “muy raros”

Siempre en presencia de la madre

Madre “colega” del médico.

Intolerancia a los tratamientos

Madre indiferente al pronóstico

## Enfermedad similar de la madre

### Antecedentes de muertes familiares inexplicables

Esta relación de signos nos ha ayudado a determinar, en principio, aquellos casos que podían ser sospechosos de síndrome de Munchausen por poderes; sin embargo la existencia de estos síntomas, aún cuando es necesaria, no es suficiente, para confirmar el diagnóstico buscado.

Todos los casos que constituían la muestra inicial de 54 pacientes reunían varios de estos signos de alarma, sin embargo, únicamente se pudo confirmar el diagnóstico definitivo de síndrome de Munchausen por poderes en 19 pacientes que cumplían los siete criterios diagnósticos, propuestos por nosotros, que se detallan a continuación.

### 3.2.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para establecer los criterios diagnósticos que definen el síndrome de Munchausen por poderes nos hemos basado en las clasificaciones diagnósticas internacionales (CIE-10, 1992 y DSM-IV-TR, 2000) y en los criterios expuestos por Rosenberg (1987), incorporando una serie de modificaciones especialmente orientadas a precisar la psicopatología del/la perpetrador/a y detallando la ambivalente relación perpetrador/a-víctima.

Pasamos a enunciar los siete criterios propuestos por nosotros para definir el síndrome de Munchausen por poderes, detallando a continuación de cada uno de ellos la procedencia, o en su caso, el autor del mismo:

1º Síntomas o signos de enfermedad en el niño, intencionadamente inventados, inducidos o fabricados, por un padre/o madre o persona que

está “in loco parentis”. Criterio a/ de Rosenberg, 1987 y criterio a/ de investigación del DSM-IV-TR. 2000

2º Presentación del niño para consulta, de manera persistente, resultando a menudo en múltiples intervenciones médicas y quirúrgicas. Criterio b/ de Rosenberg 1987.

3º Desconocimiento de la etiología de la enfermedad por parte del perpetrador. Criterio c/ de Rosenberg 1987.

4º Existencia de un perfil psicopatológico concreto, como hecho constante en el/la perpetrador/a. La motivación es satisfacer sus propias necesidades a través de falsificar la enfermedad en la víctima y presenta un comportamiento adictivo y compulsivo, característico de satisfacción, con todos los temas relacionados con la medicina que se incrementa en las situaciones de estrés. Criterio a/ del CIE-10, 1992. Criterio b/ de investigación del DSM-IV-TR, 2000. Jiménez-Hernández & López-Rico, 2003.

5º Patología del vínculo perpetrador/a/-víctima, con dificultades en la individualización-separación, estrictamente referidas al campo de la enfermedad y de los hospitales, que paradójicamente puede llegar a causar la participación directa de la víctima en el engaño. Jiménez-Hernández, 2003.

6º No existe ninguna otra causa somática, psiquiátrica o social que explique etiologicamente el caso. Criterio c/ del CIE-10, 1992.

7º Las consecuencias del síndrome son muy importantes, con grave coste social, judicial, familiar y personal. Jiménez-Hernández, 2003.

El criterio 1 es prácticamente el criterio a/ de Rosenberg, salvo la introducción del calificativo de intencionalidad que propone el criterio a/

de investigación del DSM-IV-TR. que para nosotros resulta fundamental para definir una cualidad de la conducta del/la perpetrador/a.

Los criterios 2 y 3 son de Rosenberg y resultan completamente necesarios para el diagnóstico del síndrome.

El criterio 4 surge de la necesidad existente de dar un marco uniforme a la psicopatología del/la perpetrador/a con la intención de rehabilitar el estatus de enfermo/a en el/la perpetrador/a posibilitando su tratamiento psiquiátrico.

Definir esta psicopatología permitirá defender a los médicos de las consecuencias legales que este síndrome puede tener en ellos, incluido el temido pseudomunchausen por poderes. También nos ayudará a prevenir las consecuencias negativas de separaciones materno-filiales no necesarias, corrigiendo la concepción de maternaje futuro, en las víctimas, que puede sufrir un grave e irreparable daño, cuando piensan que su madre es una asesina, en lugar de una enferma mental.

Este criterio pretende constatar la patología psiquiátrica en la perpetradora, cuestión que ha generado controversia desde los primeros casos diagnosticados de síndrome de Munchausen por poderes, y que nosotros creemos incuestionable. La inductora de este síndrome mostraría un comportamiento de búsqueda compulsiva de contacto con hospitales y profesionales de la salud que promovería en ella una clase de recompensa cerebral probablemente similar a la experimentada en otras formas de adicción. Resaltando que dicha conducta, igual que sucede en otras formas de adicción, se incrementa en situaciones de estrés. El criterio a/ del CIE-10 señala que el perpetrador muestra un patrón “persistente” de actuación, que nosotros definimos como adictivo o dependiente de los hospitales y de los médicos.

A partir del criterio b/ de investigación del DSM-IV-TR. que dice: “la motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona”, nosotros hemos precisado que “la motivación es satisfacer sus propias necesidades a través de falsificar la enfermedad en la víctima”. En el criterio b/ de investigación no se entiende que el perpetrador desee asumir el papel de enfermo y no lo haga en si mismo, utilizando aparentemente a sus hijos de una manera sádica y consciente; en nuestra opinión, la motivación está en la búsqueda de la enfermedad “per se” y del entorno de la enfermedad.

Nosotros creemos que el perpetrador elige a su víctima en función del tipo de relación vincular que le une a ella y por supuesto en función de la oportunidad de las circunstancias.

Nuestra intención al enunciar el criterio 5, es precisamente, resaltar el tipo especial de relación vincular que une al perpetrador/a con la víctima. Esta relación vincular patológica muestra dificultades en la individuación-separación, específicamente referidas a los temas relacionados con el hospital (ingresos o consultas), estando en la base de la participación inconsciente de la víctima en el engaño o siendo incluso responsable de la participación directa de la víctima, cuando se alía confabulando con el abusador. Esta alteración del vínculo perpetrador/a víctima, es fundamental para explicar el mantenimiento del síndrome y planificar su adecuado tratamiento psiquiátrico.

El tipo de relación que existe entre la víctima y su abusador es un comportamiento característico que muestra frialdad, ambivalencia (amor-odio) y un frente común ante los planteamientos médicos; aparentemente se podría decir que es un retraso en el proceso evolutivo normal de separación-individuación propio de todos los niños.

El criterio 6 corresponde con el criterio c/ del CIE-10, la necesidad de este criterio surge de su imprescindible utilidad para evitar falsos positivos en el diagnóstico.

La inclusión del criterio 7 podría resultar cuestionable, porque parece evidente que cualquier enfermedad puede ser grave y suponer un coste elevado para la persona, la familia y la sociedad; pero las especiales características del grave coste, en todos los aspectos señalados, que tiene este síndrome, le hacen merecer un criterio a parte, que lo destaque para su diagnóstico.

### 3.3 DESCRIPCION DE LA MUESTRA EXCLUIDA

Pasamos a relacionar los 35 casos excluidos, se detalla el género, la edad, el diagnóstico que presentaban y los motivos para la exclusión.

Una paciente, de 13 años y otra de 14 años, tenían en realidad una parálisis psicógena y una disfonía laríngea, respectivamente, cuya motivación era inconsciente. (motivo 4º)

Otra paciente, de 8 años, presentaba un síndrome de Briquet, motivado por sobreprotección materna. (motivo 4º)

Una paciente de 14 años, presentaba un síndrome de Gardner o púrpura psicógena, de milagrosa aparición. (motivo 4º)

Tres pacientes, dos niñas de 15 y 8 años y un varón de 8, padecían una auténtica enfermedad física: artritis reumatoide, conjuntivitis tarsal y tumor cerebral, respectivamente; los tres podían ser considerados pseudomunchausen por poderes con síntomas físicos. (motivo 3º)

Un niño, de 5 años, padecía un síndrome de Landau-Kleffner, y fue excluido porque únicamente se pudo comprobar la existencia de malos tratos por negligencia. (motivo 6º)

Un varón de 12 años, en realidad siempre había estado asintomático, a pesar de la abigarrada y extraña historia familiar. (motivo 2º)

Dos hermanos gemelos, niño y niña de 7 años, sufrían estancias hospitalarias innecesarias, por la ansiedad de separación respecto de ellos, que presentaban sus padres y que les impedía llevarles incluso al colegio. (motivo 4º)

Otros tres varones, hermanos, de edades 9, 8 y 2 años, eran sometidos, de forma exclusiva, a malos tratos físicos. (motivo 6º)

Una paciente, de 10 años, y un varón, también de 10 años, sufrían un autentico dolor abdominal recurrente de etiología psicógena . (motivo 4º)

Un paciente, de 13 años, padecía en realidad, un grave trastorno por ansiedad excesiva infantil. (motivo 4º)

Dos hermanas, adoptadas, de 15 y 13 años, fueron llevadas a urgencias (tres veces en un día), por ambos padres que nos retaron continuamente con sus amplios conocimientos médicos. Las conductas mostradas eran coincidentes, en principio, con conductas de síndrome de Münchausen por poderes, pero debido a los falsos datos que aportaron, desaparecieron sin que pudiésemos seguirles el rastro. (motivo 1º)

Dos hermanos, un niño de 10 años y una niña de 8 años, estaban operados ambos, por estar afectos de dudosa diverticulosis. La madre, que era enfermera, se adaptaba a algunos de los criterios de síndrome de

Munchausen por poderes, pero fueron excluidos por presentarse como episodios únicos. (motivo 5º)

Una paciente, de 15 años, padecía en realidad anorexia nerviosa, sin que se pudiera evidenciar la participación de la madre en la tórpida evolución de la niña. (motivo 4º)

Dos hermanos, una adolescente de 16 años y un niño de 7 años. Presentaban múltiples y repetidas consultas; la niña padecía crisis disociativas que encubrían abusos sexuales no revelados en el inicio, y el niño tenía trastorno por negativismo, todo ello dentro de un ambiente familiar muy desajustado. (motivo 4º)

Dos pacientes de 9 y 5 años, niño y niña, sufrían en realidad, diabetes mellitus insulino-dependiente y asma de origen alérgico, respectivamente. Sus múltiples e inexplicados ingresos estaban motivados por el rechazo a la enfermedad, de ambas madres, que las inducía a la falsificación de datos. (motivo 2º)

Un niño, de 12 años, con grave absentismo escolar, acudía a las urgencias hospitalarias, el solo, para defenderse de un acoso escolar (bulling). (motivo 4º)

Una paciente, de 11 años, presentó un único episodio de macrohematuria ficticia, sin otros hallazgos clínicos, (motivo 5º)

Dos hermanas, de 10 y 8 años, eran presentadas por su madre a consulta con el único interés de que fueran declaradas invalidas para beneficiarse económicamente de ello. (motivo 6º)

Cuatro pacientes, de 12, 8, 7 y 10 años, eran trastorno ficticio con síntomas físicos y una ultima paciente de 17 años era un trastorno ficticio con síntomas psíquicos. (motivo 7º)



### 3.4 DESCRIPCION DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO FICTICIO EN LA INFANCIA.

Los cinco últimos pacientes excluidos por el motivo 7º, con diagnostico de Trastorno Ficticio en la infancia, merecieron nuestro interés aparte, por las similitudes o diferencias que pudiesen existir entre estos pacientes y los pacientes con el diagnostico objeto de nuestro trabajo. Algunas de sus características (edad, sexo, tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el diagnostico final y producción o fabricación de síntomas) fueron estudiadas comparándolas con las de la muestra final con diagnostico de síndrome de Munchausen por poderes.

Cuatro casos (A, B, C, y D), de edades: 12, 8, 7 y 10 años, eran Trastorno Ficticio con síntomas físicos. El caso -A- varón, por sus características de pseudología fantástica y motivación personal se ha considerado prototipo de un síndrome de Munchausen en la infancia. El caso -B-, una niña, presentaba una estrabismo facticio. Los casos -C- y -D-, varones ambos, aquejaban cifoescoliosis facticia y fiebre facticia. El quinto caso -E-, una joven de 17 años, era un Trastorno Ficticio con síntomas psíquicos, que cursaba con estupor fingido.

La descripción detallada de estos cinco casos se hace con la intención de dar la información recogida sobre este particular diagnostico que contrasta importantemente con el diagnostico de síndrome de Munchausen por poderes.

### 3.4.1 CASO A

Antonio era un niño de 12 años de edad ingresado en la planta de dermatología del Hospital "Ramón y Cajal" de Madrid por indicación de psiquiatría infantil, al presentar lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado que cubrían el 5 % de la superficie corporal y se localizaban en tercio distal de ambas extremidades inferiores (Fig. 4).



*Fig. 4: Quemaduras autoinflingidas en el tercio distal de ambas extremidades inferioresl caso A.*

Las características morfológicas de las lesiones, su forma geométrica, su curso fluctuante con rápidas e inexplicables complicaciones (Fig. 5), su localización en partes visibles y accesibles al propio sujeto, así como la exclusión previa de cualquier otra posible etiopatogenia dermatológica nos hicieron sospechar su etiología facticia.



*Fig.5: Impetiginizaciones por rascado compulsivo. Complicaciones evolutivas del caso A.*

Esto fue posteriormente confirmado por el propio paciente que reconoció la autoría de las mismas.

Antonio era el primer hijo de las segundas nupcias contraídas por su madre; y el segundo hijo del total de cuatro hermanos que constituían su fratria actual. El anterior marido de la madre falleció por autolisis (ahorcamiento), realizado durante el periodo de las 24 horas siguientes al nacimiento de la primera hija.

La anamnesis materna describía a su segundo marido, y padre del paciente, como una persona violenta, afecta de etilismo crónico, que la maltrataba frecuentemente, extendiéndose los malos tratos a toda la familia. Cuando el paciente contaba 5 años de edad, su padre les abandonó, dejándoles en una situación económica tan difícil, que obligó a la madre a internar a todos sus hijos en diferentes centros escolares tutelados por el servicio de protección al menor.

Los antecedentes médicos personales del niño incluían un ingreso en la planta de pediatría de nuestro hospital, tres años antes, con diagnóstico al alta de talla baja por deprivación afectiva de  $-2,7$  D.S., y dos visitas a urgencias del mismo centro, por un atropello automovilístico y por fiebre, ambos ficticios.

Durante el ingreso hospitalario que nos ocupa, su actitud fue siempre histriónica, manipuladora, fantástica, “como si viviera fuera de la realidad”. Son claros ejemplos de ello las descripciones que hacía de diversas admisiones sufridas en otros hospitales por problemas neonatales (luxación congénita de cadera), para que le reparasen una herida arterial con “un injerto de plástico”, para reducción de una fractura humeral del brazo derecho y para que le practicasen una biopsia de piel; todas las cuales, tras la oportuna comprobación que aconsejaba

En la entrevista psiquiátrica, se observó en el paciente un alto nivel de capacidades cognitivas que utilizaba sistemáticamente para huir de la realidad que parecía percibir de forma extremadamente dolorosa por su carencia afectiva. Antonio se evadía con la fantasía, fabulando inventos que él mismo se creía (Fig. 6).

[illegible]

El informe escolar reflejaba un progresivo empeoramiento en los resultados académicos desde hacía 3 años, mostrando conductas notables de aislamiento y de excesivo temor a la comparación con sus semejantes, que no concordaban en absoluto con sus comportamientos previos. La madre refería que este periodo coincidía con el tiempo en el que su hijo aparentaba haberse convertido en otra persona diferente y extraña. Un ejemplo que proporcionó al respecto fue cómo “el niño podía pasarse horas y horas, delante de una tienda de informática, hasta que se le comprara un ordenador, que, poco después, con la mayor indiferencia, abandonaba en cualquier rincón de la casa”. Hacía dos

años, estos trastornos habían motivado consultas psiquiátricas en su centro de salud mental, sin que se aportasen informes sobre ellas.

El estudio psicológico practicado en nuestro hospital mostró un C.I. verbal:130 /C.I. manipulativo:120 (WISC-R para niños; Wechsler, 1974). En el test de Rorschach se objetivaba una gran originalidad y capacidad creativa, inadecuado control de impulsos, niveles muy bajos de tolerancia a la frustración e intensa represión afectiva. El T.A.T. (Test de Apercepción Temática, Murray, 1938) reflejaba una tendencia importante al aislamiento social; mecanismos psicológicos defensivos prevalentes de tipo negación, represión y aislamiento en la fantasía. Su entorno, prácticamente, no existía para él, siendo notorio el grave riesgo pronóstico psicopático por la abundancia de temas delictivos en que traducía las laminas de los tests proyectivos realizados.

El periodo de 30 días que duró su ingreso, podría dividirse en dos partes diferenciadas. La primera, focalizada en las lesiones, se llevó a cabo en la planta de dermatología, llegándose, -después de frecuentes impetigonizaciones "fabricadas", según reconoció el propio paciente, por rascado compulsivo-, a la curación total de las quemaduras (Fig. 7).



*Fig. 7: Mejoría evolutiva que se inicia coincidiendo con el tratamiento psiquiátrico, caso A.*



En ésta primera parte, en la que participaron básicamente dermatólogos y psiquiatras, los métodos de tratamiento utilizados fueron técnicas de modificación conductual (condicionamiento operante y modelado) y oclusión de las lesiones e incluso sujeción nocturna, que el mismo paciente nos solicitaba. Así mismo, se instauró tratamiento farmacológico con hidroxizina v.o., en dosis diarias de 20 mg., repartidas en dos tomas : vespertina y previa al sueño.

La psicoterapia individual empleada en esta primera parte se centro en buscar la vinculación afectiva con el niño utilizando la hipótesis de que Antonio se producía las quemaduras para obtener el afecto del personal hospitalario y siendo nuestro objetivo invertir esta conducta para lograr el afecto deseado. Paralelamente, se inicio psicoterapia diádica materno-filial para recuperar el lazo afectivo entre ambos, la orientación y apoyo de la madre resultaron imprescindibles en el proceso terapéutico que condujo a la curación sintomática del paciente (Fig. 8).



*Fig.8: Completa curación de las lesiones auto-inflingidas en el caso A.*

La segunda etapa del tratamiento se llevó a cabo en la planta de pediatría, donde se le trasladó como recompensa al adecuado "insight" (introspección) mostrado respecto del proceso terapéutico y siendo

percibido este traslado, por el niño, como “premio” al control conseguido sobre sus impulsos auto-lesivos.

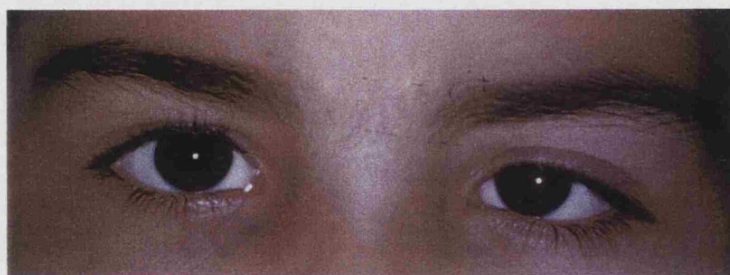
Los métodos empleados junto a los pediatras pasaron a ser prevalentemente psicoterapéuticos, fortaleciendo el vínculo materno-filial, reestructurando la personalidad del niño y rehabilitando las relaciones de toda la familia, de cara al mantenimiento futuro de la recuperación psicosocial conseguida. Tras el alta, Antonio paso a vivir en el domicilio familiar, donde ya mostraba una sólida identidad personal; había conseguido superar su dependencia de los hospitales y físicamente sus medidas estatura-ponderales estaban cercanas a la normalidad para su edad cronológica.

El seguimiento posterior del caso objetivo un perfecto estado de salud con adecuados rendimientos escolares y sociales; acudiendo acompañado de su madre al CPS de zona para continuar el tratamiento psicoterapéutico, con intención de llegar a conseguir la autonomía completa del paciente. No habiéndose detectado ningún indicio de nuevas consultas médicas, a excepción de las que se consideran normales en cualquier familia.

### 3. 4. 2 CASO B

Se trata de una niña de 8 años de edad, Asunción, ingresada en la planta de pediatría desde urgencias para estudio de posible tumoración fronto-parietal.

Desde los 20 meses había sido llevada por la madre a diversos oftalmólogos por diversas anomalías en los movimientos oculares, observadas únicamente por ella, pero seis meses antes del ingreso que nos ocupa, había sido diagnosticada, por cualificados especialistas, de estrabismo convergente de  $+20^\circ$  (Fig. 9), con movimientos en rueda dentada a la fijación, se le indicó tratamiento con lentes para hipermetropía y al persistir la desviación se había programado un vía quirúrgica correctora.



*Fig. 9: Estrabismo convergente de  $+20^\circ$ , en la paciente del caso B. Posteriormente se comprobó que era facticio.*

Poco tiempo después de este diagnóstico oftalmológico, la paciente presentó diplopia, paraparesia con imposibilidad para la marcha y disgrafía paradójica (Fig. 10), motivos por los que su neuropediatra decidió el ingreso.

Durante la exploración eran significativas las respuestas inversas a todas las solicitudes e indicaciones que se le hacían, a pesar de objetivarse su clara comprensión de las mismas.



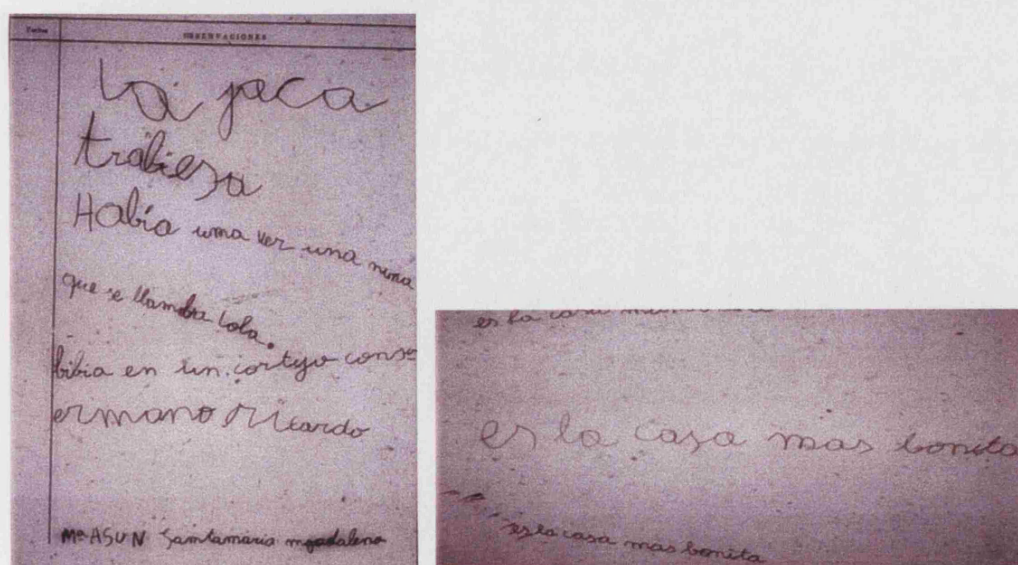
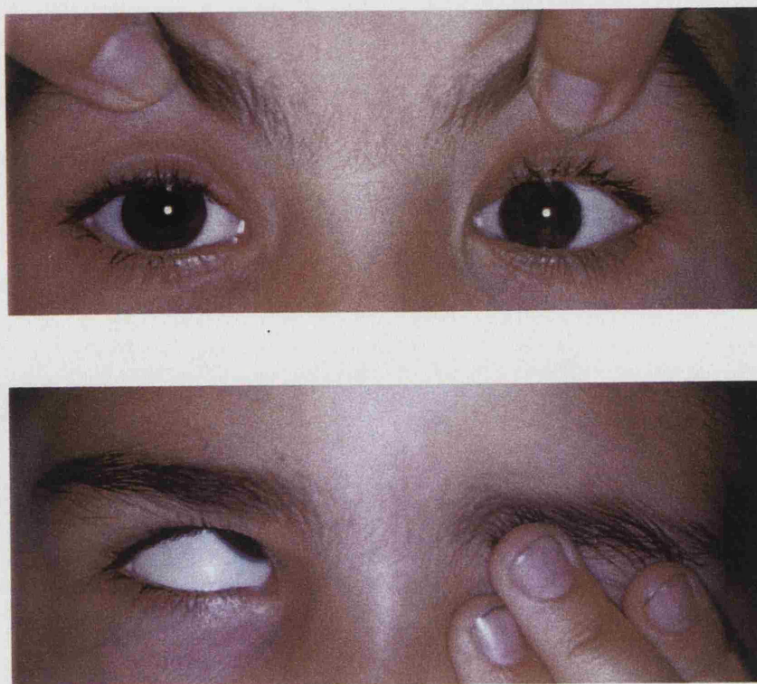


Fig.10: Ejemplo de disgrafía paradójica. La paciente del caso B, responde a la indicación de escribir en tamaño grande, de forma contraria y viceversa.

El examen físico y neurológico practicado, junto a las pruebas complementarias resultaron normales (hemograma, bioquímica, determinación de cobre y ceruloplasmina, fondo de ojo, TAC craneal y potenciales evocados) por lo que se consultó a psiquiatría infantil.

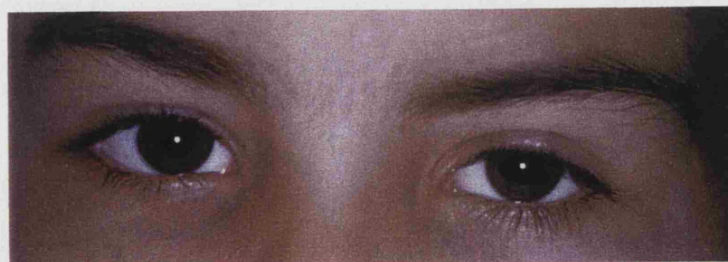
El examen psiquiátrico reveló rasgos histriónicos en su personalidad, buena conexión con el medio, discretas dificultades de socialización con tendencia al retraimiento o timidez y un rendimiento escolar muy por debajo de sus posibilidades reales que el informe escolar atribuía a su déficit visual. El resto del estudio psicológico era absolutamente normal si excluimos las respuestas paradójicas en el tamaño de su escritura.

Ante la discrepancia entre anamnesis y hallazgos físicos y psíquicos, Asunción fue confrontada con la realidad reconociendo el fingimiento de todos los síntomas, y para nuestra sorpresa, confirmó estar simulando incluso el estrabismo (Fig. 11).



*Fig. 11: Ejemplo de estrabismo facticio. La paciente del caso B practicaba un duro entrenamiento de su musculatura ocular extrínseca para lograr la desviación.*

La posterior revisión oftalmológica demostró que un duro autoentrenamiento para controlar la motilidad ocular extrínseca, a lo largo de los últimos 5 años, había producido el estrabismo facticio, de cuya “corrección quirúrgica” la paciente se salvo por poco (Fig. 12).



*Fig. 12: Posición normal de la mirada en la paciente del caso B. Sin necesidad de cirugía correctora.*

La madre estaba siendo tratada de trastorno distímico desde hacia varios años, en la entrevista psiquiátrica confeso un abuso sexual (“violación”) sufrido antes de los 7 años, por un varón mayor que ella del que solo recordaba era “bizco”; así mismo refirió que el tercero de

sus 6 hermanos menores había sufrido una complicación ocular (“úlceras corneales”) postsarampión que había afectado notoriamente a toda la familia y especialmente a ella por la excesiva responsabilidad que siempre tuvo en el cuidado de sus hermanos.

Respecto al matrimonio y posterior nacimiento de su hija -nuestra paciente-, manifestó que nunca fueron aceptadas por la familia del marido, percibiendo de forma inconsciente que la criatura debía padecer algún defecto visual, basándose en sus previas experiencias traumáticas. Su obsesión por esta supuesta patología, había motivado consultas oftalmológicas constantes, que desarrollaron un aprendizaje en la niña por las mismas preocupaciones maternas. A lo largo de los años, el autoentrenamiento de Asunción le había llevado a perfeccionar unos signos “facticios” que finalmente consiguieron el diagnóstico de “patología ocular” siempre sospechado por la madre.

Esta concordancia entre los temores maternos por una supuesta enfermedad y los deseos de la hija por dar apoyo a su madre, creando incluso síntomas facticios, sería un claro ejemplo de relaciones alteradas en la interacción madre-hija.

Las técnicas de terapia familiar sistémica empleadas facilitaron la completa recuperación y autonomía de la niña, que no precisó ningún tratamiento posterior y se encuentra actualmente sana. Estas mismas técnicas ayudaron a desculpabilizar a la madre, aliviando sus obsesiones hipocondríacas y prosiguiendo únicamente su tratamiento previo.

### 3.4.3 CASO C

David era un niño de 7 años que ingresó para estudio de una cifoescoliosis muy aparente de curvatura derecha o distonía de torsión. Dado que no se identificó ninguna anormalidad bioquímica o anatómica, el diagnóstico debía basarse en las observaciones clínicas y en la historia familiar (Batshaw, 1985).

A pesar de haber nacido de un parto distócico con fórceps y sufrimiento fetal (APGAR 1) su desarrollo psicomotor había sido normal, llegando a tener el niño un aspecto atlético, gracias a la practica asidua de deportes de elite.

En una de las escasas ocasiones, en las que se pudo entrevistar a la madre, esta refirió que David había presentado varios episodios comiciales con ingresos repetidos, que no se habían concretado nunca en un diagnostico de epilepsia. Esta observación de la historia clínica del niño, no había tenido consecuencias posteriores , a excepción de haberse constituido, probablemente en una parte importante del aprendizaje hospitalario del niño.

Tres meses antes de la admisión en nuestro servicio, sin motivo aparente había iniciado un cuadro de abdominalgias paroxísticas que cedían en la sedestación y cursaban con una actitud y posición de cifoescoliosis que el paciente mantenía de continuo y que fue considerada, en principio, una posición antiálgica. Este cuadro clínico había motivado 40 consultas a distintos especialistas y dos estudios en régimen hospitalario sin llegar a un diagnostico de certeza, siendo los síntomas y signos refractarios a todo tipo de tratamiento. En la exploración física se objetivó una posición de cifoescoliosis con desviación de la cadera hacia la derecha que le impedía la correcta



deambulación, así como una contractura muscular paravertebral; resultando el estudio radiológico de columna y caderas absolutamente normal.

Debido a sus crisis de dolor abdominal se sugirió como posible etiología la postura antiálgica, practicándose un estudio somático completo que descartó cualquier motivo físico. Las pruebas de laboratorio practicadas (hemograma, bioquímica, ECO abdominal, protoporfirinas y ALA en orina, TAC craneal y EEG) fueron normales. Al no encontrar causa orgánica que explicase la sintomatología se consultó a psiquiatría infantil.

En la exploración psiquiátrica, David mostró comportamiento y lenguaje regresivos que no se correspondían con su adecuado desarrollo psicomotor confirmado por el informe escolar que le valoraba muy adecuadamente, calificándole de inteligente, hiper-responsable y sin problemas aparentes en la relación interpersonal, refería también que hacia unos meses habían aparecido riñas y discusiones inmotivadas con sus compañeros, faltando a clase desde hacia tres meses. David no aparentaba tener un cuadro depresivo aunque si reconocía haber estado triste en épocas anteriores. Durante la entrevista, el paciente admitió que estaba forzando voluntariamente la posición anómala de la columna, sin saber el motivo y manifestando que “se encontraba mal y estaba hecho un lío”. Se comprobó que podía mantener la posición fisiológica normal de su columna por cortos periodos de tiempo, cuando se le solicitaba para ello, y desaparecía la cifoescoliosis durante el sueño.

El estudio psicológico reveló: “Un niño con buena capacidad intelectual que vive en un conflictivo mundo triangular en el cual desea ser incluido. La figura paterna vivenciada como obstáculo que se

interpone entre su madre y él, despierta sus fantasías agresivas. Es una agresividad controlada e indirecta, manifestada por terceras personas, que están investidas de poder y mando. Existen tímidos intentos de acercamiento a esta figura para lograr su aprobación. La figura materna aparece sin ofrecer la protección ni el afecto suficiente, impidiéndoselo sus propios problemas personales. No obstante es una figura cercana y querida. Las ansiedades del niño se centran en el temor a la figura paterna, la pérdida de protección y de amor materno, la exclusión de la triada y el miedo al abandono y a la soledad. Utiliza principalmente la represión y la negación como mecanismos para manejarse en el inseguro y difícil mundo en que vive y ante el cual da respuestas realistas y de gran conformismo con una aparente buena adaptación. Como rasgos de personalidad mas sobresalientes destacan un excesivo autocontrol, muchas dificultades alexitímicas y una gran capacidad para aceptar todas las situaciones adversas que se le presenten.”

El paciente era el único hijo, fruto de la relación mantenida por su madre con un hombre de origen filipino, al cual el niño solo conocía por fotografía. Desde hacia aproximadamente tres años la madre había establecido una nueva pareja con un hombre, siete años mas joven que ella, de origen argentino y de profesión deportista. Según la anamnesis materna, su relación conyugal no era nada adecuada, con abusos y maltratos constantes no justificados que en ocasiones eran presenciados por el niño, ella hablaba con gran temor de su compañero, diciendo: “doctor, por favor, que no se entere de nada”. Así mismo refería que el niño era ayudado por el padrastro, que siendo un gran atleta, pretendía y había conseguido que David practicara football de excelente calidad. Por motivos laborales -horarios dilatados y nocturnos- confesaba tener

poco tiempo para dedicarse a su hijo, lo que contrastaba con la afirmación de dormir juntos y explicaba en parte la relación de dependencia ambivalente que mantenían ambos.

La madre manifestaba padecer depresión en tratamiento y una epilepsia no controlada, buscando la ayuda del niño en los momentos del aura preictal, “hijo, que me va a dar” decía. La existencia del mito familiar, en el que un tío materno de David había fallecido por un cuadro epiléptico similar al presentado por la madre, colocaba al niño en una situación de extrema ansiedad ante la posibilidad del fallecimiento materno en una de las crisis.

Sobre todo, al inicio del ingreso la ambivalencia y “chantaje afectivo” materno-filial era evidente, con expresiones del tipo “ya no me quieres” , “no quieres saber nada de mí” etc., que David dirigía a su madre cada vez que esta se separaba minimamente de su compañía; o las interminables dudas que tenía el personaje materno acerca de su adecuado maternaje. El niño reaccionaba con profundo rechazo ante cualquier mención de su verdadero padre, y a lo largo de la entrevista, en repetidas ocasiones lanzaba amorosos besos a la madre, a los que ella correspondía con frases como “eres mi vida”, “sin ti no soy nada”.

La conclusión que se obtuvo tras las entrevistas psiquiátricas fue que existía una grave patología del vínculo materno-filial que podía justificar la existencia de su cuadro clínico, se planteó el abordaje terapéutico con psicoterapia individual de “insight” focalizada en resolver el síntoma y terapia familiar de apoyo y orientación para conseguir la individuación-separación del niño y de la madre. Así mismo, era muy importante para la recuperación del síntoma físico del paciente la colaboración con el servicio de rehabilitación con los

métodos usuales de fisioterapia, hidroterapia, cinesiterapia y de relajación (Schulz & Jakobson, )

Sin embargo, a partir de un momento determinado, y sin que entonces pudiesemos precisar la causa, la presencia de la madre fue sustituida por la del padrastro, que asumió la responsabilidad del caso por completo y solicitó el alta voluntaria trasladándose a otro hospital, perdiéndose la pista del caso.

#### 3.4.4 CASO D

Dario de 10 años de edad, único hijo de un matrimonio no consanguíneo que se había divorciado un año y medio antes, nos fue remitido desde la planta de pediatría por no haber podido identificar, - a pesar de los extensos e intensos estudios pediátricos realizados en él-, ninguna causa somática a la serie de múltiples episodios febriles que el paciente había sufrido desde hacia aproximadamente medio año.

La gran discrepancia entre la anamnesis recogida de los padres y del paciente y los hallazgos; entre los que destacaban que la temperatura corporal tomada por el personal asistencial nunca superó los 37 °C y mucho menos llegó a los 40° C que el paciente alegaba padecer de manera paroxística y semanal desde hacia 6 meses, junto a cefaleas, colurias, disurias y dolor abdominal recurrente.

La ausencia de una etiopatogenia somática demostrada, el estado aparentemente normal de salud y la defervescencia espontánea de los picos térmicos nos hicieron pensar en la posibilidad de estar ante una enfermedad “extremadamente rara” y fingida con toda la intención del



mundo por parte del paciente para que le sirviera como método de permanencia en los hospitales.

La confrontación del niño con la realidad confirmó nuestros temores al confesar el paciente como manipulaba y cambiaba los termómetros sin que supiera la finalidad de sus engaños.

Si nosotros imputásemos un motivo consciente al deseo de estar enfermo que presentaba el niño veríamos que ciertamente resultaba un comportamiento extraño su forma de autorecompensa para afrontar el dolor de la separación de sus padres.

Entre los antecedentes médicos de la familia, había una gran tendencia al mito familiar de la “fiebre”, que se transmitía casi de manera directa entre los miembros de primer grado de Dario.

Desde que el paciente confesó que las fiebres eran ficticias, nuestro planteamiento terapéutico se basó en buscar el apoyo de los padres que fueron cuidadosamente preparados para afrontar y asumir la situación, solucionándose el caso ya que no volvieron a presentarse las consultas.

#### 3.4.5 CASO E

Gabriela tenía 17 años cuando fuimos consultados desde Urgencias, tras haber presentado un “intento de suicidio” colocándose el cinturón alrededor del cuello, siempre según su propia anamnesis.

En los antecedentes de la paciente, encontramos múltiples admisiones a Urgencias psiquiátricas, siempre por extraños pseudocomas no filiados en su origen, pero presentados como psicógenos e innumerables intentos de suicidio de imposible comprobación. En tres

ocasiones, por ejemplo, Gabriela afirmaba haberse arrojado al tren, sin un mínimo rasguño secuelar.

En uno de sus múltiples ingresos en observación, -aquel en el que se nos consultó un año después del primer informe-, pudimos estudiar por primera vez a la paciente, que aparecía mutista, postrada, sin poder realizar aparentemente ningún movimiento voluntario, sin responder, por supuesto a ninguna indicación facultativa, y con una gran oposición a cualquier movimiento forzado, incluso la apertura de párpados.

Su estudio físico era completamente normal, no revelando ningún signo de asfixia o trastorno neurológico de tipo comatoso.

En total, pudimos recoger 10 informes clínicos de ingresos hospitalarios previos, fechados durante los últimos 12 meses; y, casualmente, tuvimos la fortuna de encontrar en uno de ellos el dato que, posteriormente, resultó ser fundamental para su diagnóstico. Este era el hecho de haber estado ingresada en digestivo y haber entrado en un cuadro de estupor, -similar al que padecía en nuestro ingreso y se describía en los sucesivos informes-, dos minutos después de la negativa de los cirujanos a realizarle una laparoscopia, que la paciente solicitaba con avidez; cuadro estuporoso, que remitió por completo al minuto de acceder los mismos cirujanos digestivos a realizarle la laparoscopia “soñada” por Gabriela.

En la entrevista psiquiátrica realizada se confirmó que la paciente había sufrido abusos sexuales repetidos y no denunciados, que coincidían cronológicamente al inicio de su cuadro compulsivo de consultas médicas y psiquiátricas.

La misma paciente reconoció durante la entrevista la relación cronológica entre los dos hechos y advirtió la conexión entre los

acontecimientos psicotraumáticos vividos y su conducta adictiva a los hospitales.

Dado el buen grado de “insight” de la enferma y su probada psicopatología fue orientada a tratamiento psicoterapéutico individual.

### 3.5 DESCRIPCION DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Pasamos a describir los 19 casos, que constituyen la muestra final, (G.E.: 19), pertenecientes a 15 familias, con diagnóstico definitivo de síndrome de Munchausen por poderes, detallando el proceso para la identificación , tratamiento y seguimiento evolutivo.

#### 3.5.1 CASO N° 1

Irene, paciente con 4 años de edad ingresada en pediatría, el 11 de noviembre de 1986, por presentar crisis epilépticas referidas por los padres como ataques de gran mal. La exploración general en urgencias mostró una normalidad absoluta, sin signos ni estado post crítico, que contrastaba con el dramatismo del cuadro clínico descrito; tres episodios de pérdida de conciencia, en las horas previas al ingreso, de 30, 5 y 10 minutos de duración, con movimientos tónico-clónicos generalizados, sialorrea y relajación de esfínteres.

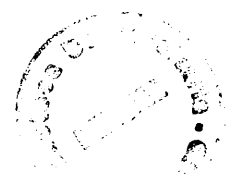
La anamnesis materna refería que la niña había padecido el 8 de enero de ese año, tres crisis de pérdida de conciencia, revulsión ocular, hipertonía generalizada y somnolencia posterior de unos tres segundos, motivo por el que ingreso en otro hospital pediátrico, donde tras su estudio se le diagnosticó de posible epilepsia y se le inició tratamiento

con ac. valproico (200 mg. /12 horas). A finales de febrero reingreso por irritabilidad, incoordinación y ataxia; habiéndose sustituido, ese mismo día el ácido valproico por fenobarbital y objetivándose niveles tóxicos de este último. A pesar del tratamiento, la madre dijo que su hija había sufrido varios episodios -uno o dos por semana- compatibles con crisis tónico clónicas generalizadas, desde entonces. Un mes antes del ingreso que nos ocupa, la niña había presentado una serie de “raros” episodios que cursaban con mirada fija, hipertonía con o sin movimientos tónico clónicos, que solían durar 5 minutos y en una ocasión llegaron a durar una hora. Desde el día 13 de octubre estaba en tratamiento con fenobarbital (50 mg/ 12 horas) y fenitoina (50 mg/ 12 horas)

En los antecedentes personales y familiares la madre refería un parto con fórceps, sarampión hemorrágico -a los diez meses de edad con ingreso hospitalario-, epístasis abundantes y un cuadro de hematomas no bien precisado, así mismo, decía que el abuelo paterno tenía epilepsia y ella padecía crisis nerviosas.

En la exploración física, se observaba buen estado general, las pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica, pH y gasometría, B.U.N., test de coagulación, urocultivo, hemocultivo seriado) y radiografías de cráneo y tórax resultaron normales, el EEG en vigilia y con privación de sueño sin alteraciones significativas.

Durante su ingreso se evidenciaron -en ausencia de la madre- en cuatro ocasiones episodios, que duraban dos o tres minutos, en los que la niña se arrodillaba, aparentando estar ausente, sin responder a estímulos, con los ojos desviados hacia arriba y a la derecha, aunque en ocasiones fijaba voluntariamente la mirada, con oscilaciones de hiper a hipotonía, los reflejos posturales estaban presentes y tenía plena conciencia de lo



que acontecía a su alrededor, en el periodo “postcrítico” decía que veía a la virgen, así mismo manifestaba que esto le venía ocurriendo desde hacia un año. La niña presentaba hematomas múltiples y microhematurias aisladas que los pediatras atribuyeron a toxicidad de los fármacos antiepilépticos.

La sistemática revisión de los informes hospitalarios previos de que disponíamos nos aportó la siguiente información. Irene había tenido 5 ingresos en otro hospital, durante este año, 4 por síntomas similares a los de nuestro hospital y un 5º -que sería cuarto en orden cronológico- por una fiebre ¿elevada? no comprobada, de supuesta etiología viriásica.

El diagnóstico del 1º ingreso fue: “crisis de mareos. ¿epilepsia?”, basándose en un EEG con labilidad de estructuras mesodiencefálicas y habiendo resultado el TAC con contraste, normal; se le instauró tratamiento con ac. valproico (200 mg/ 12 horas).

En el 2º ingreso -cuatro días después de la anterior alta- la madre vuelve a referir episodios convulsivos por parte de su hija , pero resulta llamativo como va refinando la narración del cuadro sintomatológico. En esta ocasión el diagnóstico pasa a ser : “epilepsia” y se incrementa el ac valproico (200 mg / 8 horas). Varios días después aqueja una supuesta intolerancia gástrica al ac. valproico, por lo que se sustituye este por fenobarbital (75 mg / 24 horas). Transcurridos cinco días la paciente reingresa por un cuadro de irritabilidad, marcha tambaleante e incoordinación, que es atribuido a la intoxicación por fenobarbital (niveles: 37,43 mcg/ ml). Se le realiza nuevo EEG que aporta: “signos de disfunción de estructuras mesodiencefálicas, mas notorias y persistentes en hemisferio derecho” y el diagnóstico en el informe de alta es:

“epilepsia generalizada” e “intoxicación con fenobarbital”. Se indica tratamiento con fenobarbital (75 mg / 24 horas).

Seis meses después, Irene ingresa por crisis de gran mal, de nuevo solo presenciadas por la madre y esta vez descritas con una coincidencia total con los signos y síntomas que identifican dicha patología. El diagnóstico al alta es “crisis convulsivas” y el tratamiento es fenobarbital (100 mg/ 24 horas).

Tras varias visitas a urgencias de nuestro hospital, es ingresada en nuestra planta de pediatría, dos meses después del último ingreso referido.

Ante la sospecha de un componente histérico superpuesto en todo el cuadro se realiza consulta a psiquiatría infantil.

En la primera entrevista psiquiátrica Irene muestra conductas oposicionales, hiperactivas y de falta de atención.

El estudio psicométrico revela una inteligencia normal. C.I. total: 103.(WPPSI) D.P.M. normal.

El primer informe escolar afirma que a causa de “su enfermedad” ha asistido poco al parvulario, es una niña inquieta y charlatana y le gusta cambiar mucho de actividad. Es cariñosa con los amigos y a veces parece querer protegerlos. Se expresa con claridad y es afectuosa con las maestras. Mandona y algo caprichosa, suponiendo en el colegio que esto es debido a la hiperprotección maternal por “su enfermedad”.

La relación de Irene con su madre era de simbiosis total, tenían una especie de compenetración con relación a las crisis, una y otra hablaban de ellas como el vínculo que las unía. La madre era hija de familia numerosa, en su infancia fue zurda contrariada, ya que le ataban la mano izquierda en casa y en el colegio. Su matrimonio, lo describía

lleno de problemas desde el principio, manifestaba que no quería casarse, refería que el marido la pegaba continuamente y era alcohólico.

Los antecedentes psiquiátricos de la madre, eran muy importantes, seguía tratamiento psicoterapéutico por depresión y había tenido cinco graves intentos autolíticos con defenestración, venolisis e intoxicaciones medicamentosas.

Se mantuvo el ingreso durante 28 días, dada la sospecha de crisis ficticias, para reducir lentamente la medicación, controlando los niveles plasmáticos -cuando estaba con fenobarbital 25 mg/12 horas, presentó niveles elevados, de 59mcg/ ml, que indicaban administración "over the counter", además de observarse fenitoina que, en teoría, no estaba siendo administrada (Fig. 13).

I N F O R M E					
HOSPITAL I			Fec.Edi. 12-Nov-96/15:51 Pag. 3		
( IRENE )			Edad:	Fec.Pet. 11-Nov-96/10:18	
Servicio: PEDIATRIA Cdr Dr MUNOZ			Cama: B-6	Clave: Ingr. Programados	
Diag.:			Interfono: 1927 Planta: 10 D	Control-A Pediatría	
			Sector:		
===== P A R A M E T R O =====					
A-----			A-Resultado--	A-Unidades-A	A-Valor Refere.-A
Unidad FARMACOS/ISOENZ.Dres Arranz/Rubi ITT 1996					
FENOBARBITAL	.....		59.2(A)   mcg/ml	40	20
FENITOINA	.....		3.2(A)   mcg/ml	20	10

Fig. 13: Ejemplo de administración de fármacos "sobre la prescripción". Los niveles plasmáticos de fenobarbital y fenitoina en el caso 1, correspondían con administración de estos fármacos, sin indicación médica.

Esto obligó a interrumpir el proceso de retirada de los fármacos y a corregir psiquiátricamente el problema-, no se produjeron crisis epilépticas.

El planteamiento terapéutico se hizo desde la individuación-separación de la madre y de la niña para detener la relación patológica del vínculo materno-filial. Durante el tiempo de la psicoterapia, aproximadamente dos meses, se produjo la separación conyugal, hecho

que pudo repercutir en la evolución del caso, dado que madre e hija fueron a vivir con la familia materna. Durante las sesiones de confrontación se observó un distanciamiento en Irene con respecto a su madre, llegando a reconocer que fingía las crisis porque su mamá se lo pedía para quedarse en el hospital, pero que ya no lo iba a hacer más porque quería ir a casa. Un segundo informe escolar confirmaba un cambio total en la niña que asistía con regularidad a clase, tenía muy buen rendimiento escolar y relaciones sociales apropiadas.

### 3.5.2 CASO N° 2

Raúl, de 10 años de edad, nos fue remitido desde pediatría para evaluación de un dolor abdominal recurrente que se acompañaba en muchas ocasiones de hematuria. Por estos mismos síntomas, el niño siempre acompañado por la madre había acudido innumerables veces a urgencias siendo atendido por diversos especialistas. Dado que los exhaustivos estudios realizados resultaron ser siempre normales, se le diagnosticó un origen funcional y no se instauró tratamiento.

Ante esta situación, la madre incrementó sus conductas facticias, presentándose en urgencias con un envase de orina macrohematurica que alegó haber recogido en la última micción de Raúl. Desafortunadamente y por dificultades técnicas, no se realizó tipaje sanguíneo y se ingresó al paciente para un nuevo y extenso estudio clínico (pruebas de laboratorio, imagen, laparoscopia) que no mostró ninguna alteración orgánica etiopatogénica. Dado que no se evidenciaron orinas hemáticas durante el ingreso y ante el saludable aspecto físico que Raúl



presentaba, se indicó alta hospitalaria con el mismo diagnóstico de funcionalidad que tenía al ingresar.

A partir de entonces, continuó el insistente y dramático peregrinaje materno-filial por los servicios pediátricos de urgencia de otros centros hospitalarios, con la repetitiva queja de abdominalgias que la madre demostraba a los médicos con un simple apretón de la barriguita del niño, como si de un interruptor "on-off" se tratara. Estos dolores inducidos, motivaron cinco nuevas cirugias, todas innecesarias y una nueva laparoscopia. Las cirugías practicadas fueron una apendicectomía "en blanco", dos intervenciones para tratar supuestas bridas secuelares, y una ultima operación por criptorquidia unilateral que Raúl padecía, que concluyó con la ablación de su testículo izquierdo.

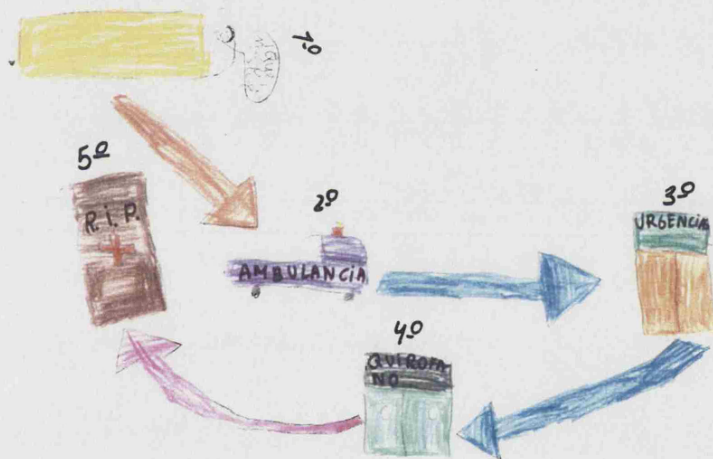


Fig. 14: Dibujo temático "La enfermedad", realizado por el paciente del caso 2

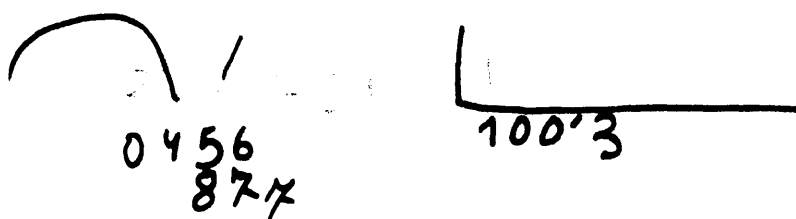
Una vez un hombre en donde se enteró de que el apéndice era muy peligroso y que había matado a 1000.000 de personas. Cuando llegó a su casa y se encontró mal. Su mujer llamó a una ambulancia y le llevaron a Urgencias y le dijeron que le tenían que "extripar" el apéndice y le llevaron al Quirófano pero a la 1/2 hora murió.

Una vez un hombre en donde se enteró de que el apéndice era muy peligroso y que había matado a 1000.000 de personas. Cuando llegó a su casa y se encontró mal. Su mujer llamó a una ambulancia y le llevaron a Urgencias y le dijeron que le tenían que "extripar" el apéndice y le llevaron al Quirófano pero a la 1/2 hora murió.

Fig. 15: Texto adjunto a la figura 14.

Al inicio de las consultas psiquiátricas, el paciente tenía una imagen descorazonadora del concepto “enfermedad” y de la escasa capacidad que tenían los médicos para ayudarlo, que evidenció al realizar el dibujo temático (Fig. 14) y su historia correspondiente en la figura 15.

Así mismo, mostraba una idea absolutamente dividida y desestructurada de su familia, (Fig. 16).



*Fig. 16: Dibujo temático “la familia”. Realizado por el paciente del caso 2.*

Raúl vivía con su madre, de la cual era el único hijo, y su padrastro que se encontraba en tratamiento con neurolépticos depot por esquizofrenia paranoide, del cual la madre afirmaba estaba siempre descompensado, con delirios, amenazas continuas y consumo de alcohol, pero que en las entrevistas que mantuvimos con él aparentaba una clarividente y normal conducta parental.

La madre tenía varios ingresos en psiquiatría por trastorno depresivo mayor, presentando antecedentes de malos tratos y abusos sexuales en su infancia, y había abandonado el tratamiento ambulatorio antes de nuestra consulta. Uno de los pasos fundamentales para restablecer una adecuada relación madre-hijo fue la aceptación por su

parte de reiniciar la terapia, lo que en principio se logró con un ingreso en una planta de psiquiatría de otro hospital, esto nos dio la oportunidad de tratar a Raúl por separado y proceder a la individuación y reestructuración psicológica del niño.

Los métodos terapéuticos usados en el caso forman parte de los que componen la psiquiatría basada en la evidencia. El desarrollo intelectual del paciente era muy elevado, lo que se podía comprobar en sus buenas calificaciones escolares, a pesar de su extensa historia clínica, esto facilitó su comprensión de los hechos y permitió que se constituyese independiente frente a los requerimientos posteriores de la madre. Cuando la madre salió del hospital intentó manipularle de nuevo, con la pretensión de arrancarle una uña que tenía incarcerationada, Raúl reaccionó llamándonos por teléfono no dejándola tocarle.

La evolución posterior del niño fue muy satisfactoria, mejorando incluso, su opinión al respecto de la capacidad de curar que tienen los médicos, como muestra un segundo dibujo temático (Fig. 17) y la historia que lo acompaña en la figura 18.

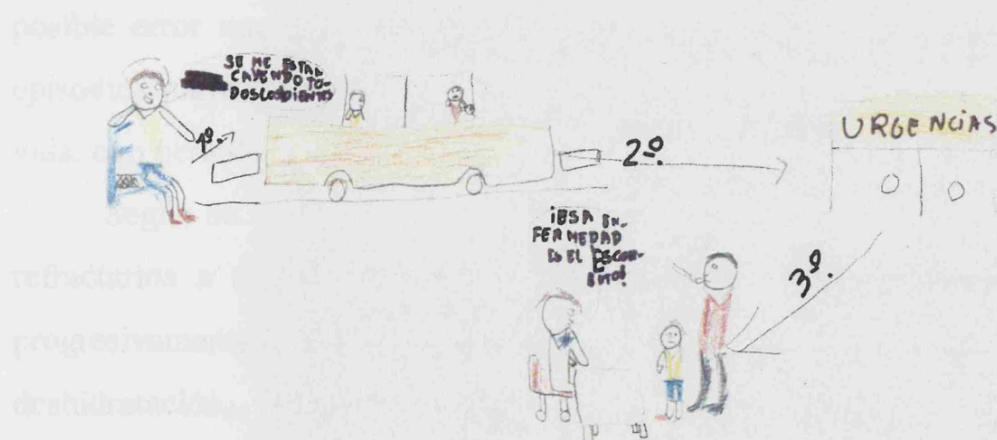


Fig. 17: Dibujo temático "la enfermedad", realizado por el paciente del caso 2, tras el inicio del tratamiento psicoterapéutico.

Oscar es un niño  
que tiene 8 y se le  
estaban cayendo  
todos los dientes.  
No comía fruta.  
Ellos no sabían que  
enfermedad era.  
Fueron a urgencias.  
El medico dijo que  
era el Escorbuto. El  
medico le mando  
vitamina C y poco a  
poco se fue curando  
el Escorbuto FIN

## LA HISTORIA SOBRE LA ENFERMEDAD

URGENCIAS  
ESCORBUTO  
VITAMINA C  
ESCORBUTO

Fig. 18: Texto adjunto a la figura 17.

Raul pudo, por fin, soslayar las consecuencias de la patología materna por poderes, puesto que la madre nunca aceptó la confrontación de los hechos.

El seguimiento de la madre fue encomendado a sus psiquiatras habituales.

### 3.5.3 CASO N° 3

María de la Salud, de 5 años de edad, fue admitida en nuestra planta de pediatría , con un buen estado general, para estudio de un posible error innato en el ciclo de la urea que explicara los complejos episodios paroxísticos que se repetían en la niña desde sus 11 meses de vida, con periodos intercríticos de 15 días de duración.

Según su madre, que la acompañaba de continuo, estos episodios, refractarios a todo tipo de tratamiento empleado, se habían agravado progresivamente, y cursaban con fiebre de 41° C, poliuria, deshidratación, convulsiones y disminución gradual del nivel de conciencia hasta llegar a situar a la niña en estado comatoso. Estas crisis, -siempre siguiendo la anamnesis materna-, habían precisado 39 ingresos

en unidades de cuidados intensivos pediátricos de 5 centros hospitalarios repartidos ampliamente por la red asistencial de nuestro país.

La descripción materna no coincidía con la información proporcionada por los médicos que la habían tratado previamente; ni con la que se reflejaba en los 25 informes clínicos que pudimos recopilar de los hospitales a los que había acudido y donde había ingresado en al menos 60 ocasiones, con un gran número de consultas extrahospitalarias añadidas, debido a la misma sintomatología que se complicaba cada vez mas.

Un estudio detallado de los sucesivos informes ordenados cronológicamente, a pesar del gran número de diagnósticos propuestos (Fig. 19 ), nos permitió separar la enfermedad en 4 etapas:

1ª.- Síndromes febriles, de los 4 a los 11 meses de vida de la paciente.

2ª.- Cuadros de poliuria y deshidratación, entre los 12 y los 20 meses de edad.

3ª.- Convulsiones, de los 20 meses hasta 2 años y

4ª.- Episodios repetitivos y paroxísticos de disminución progresiva del umbral de conciencia y coma, ocurridos en 39 ocasiones, desde la 3ª etapa hasta el momento de nuestro estudio.

El caso reunía todas las características propias de un síndrome de Munchausen por Poderes. La realización de un nuevo estudio somático, sumado a los ya practicados, que explicara la etiología del cuadro sintomatológico presentado, procurando utilizar siempre pruebas que fueran necesarias y potencialmente inocuas, dada la iteración y absurda repetición que se observaba en los estudios realizados previamente, confirmó de manera definitiva que no existía ninguna otra posibilidad

diagnostica para explicar el cuadro clínico padecido por María de la Salud., que no fuera la de Münchausen por poderes.

Colectivamente, el equipo terapéutico multidisciplinar responsable del caso, supervisado por el psiquiatra infantil, creó las pautas de intervención mas correctas, informando de la existencia del caso al servicio de protección de menores, mientras se iniciaba la vinculación con la pareja materno-filial y la confrontación de la madre con la realidad, llevada a cabo específicamente por el psiquiatra infantil, quién comprobó durante 6 horas seguidas, junto a la madre, la complejidad de la misma. Esta confrontación concluyó al admitir la madre la manipulación de termómetros durante la primera etapa de la enfermedad, induciendo fiebres facticias en su hija; el carácter ficticio de las convulsiones; y la administración materna de sal, furosemida y fenobarbital en dosis y momentos que no coincidían en absoluto con las pautadas por los pediatras que habían atendido el caso hasta el momento de nuestro ingreso, momento en el que la madre ya había cesado en la administración de fármacos.

Por otro lado, el estudio psiquiátrico realizado a la madre, no encontró ninguna psicopatología, excepto los antecedentes de malos tratos en su propia infancia, trastornos poco duraderos del vínculo materno-infantil y las conductas adictivas al hospital mostradas por la cronicidad y perseverancia de los engaños perpetrados.

Un dato significativo de los buenos resultados obtenidos en el caso fue la normalización del comportamiento, previamente regresivo, de María de la Salud; tras su alta hospitalaria, el seguimiento conjunto con los pediatras de su zona de residencia habitual permitió confirmar que no se repitieron nuevas consultas falsas en ninguno de los miembros de la

familia, siguiendo el padre de la niña tan “ausente” como siempre de la favorable evolución psico-social seguida desde entonces por el resto de su familia nuclear.

---

- Displasia congénita de caderas.
  - Hipohidrosis familiar congénita (6 informes).
  - Displasia ectodérmica anhidrótica.
  - Gastroenterocolitis.
  - Proceso neurológico a nivel central.
  - Convulsiones febriles atípicas.
  - Síndrome febril prolongado.
  - Inhibición funcional de ADH por excesivo aporte hídrico (2 informes).
  - Diabetes insípida, -de origen central, hipotalámico o hipofisario- (2 informes).
  - Hipokaliemia crónica secundaria a pérdidas gástricas mantenidas.
  - Comas recurrentes en estudio (2 informes).
  - Trastornos poliúricos por anomalía congénita.
  - Error innato del metabolismo del tipo defectos del ciclo de la urea.
- 

*Fig. 19: Resumen de los diagnósticos hallados en los sucesivos informes clínicos del caso 3*

#### 3.5.4 CASO Nº 4

El caso de Celeste es un ejemplo especialmente complejo de lo que representa la patología del síndrome de Munchausen por poderes, la intervención de múltiples especialistas que tratan en distintos momentos de la evolución a todos los sujetos que pueden estar implicados en el entorno de un enfermo-perpetrador que muestra esta alteración.

Celeste era una niña de 8 años, cuando conocimos su historia clínica a partir del estudio y tratamiento psiquiátrico de su madre, Fuencisla, con 30 años de edad, en el momento de ser remitida a nuestro servicio de psiquiatría desde pediatría (por solicitud de la Dra. Reig, su



pediatra de zona) para su seguimiento y control judicial, debido a presentar diariamente cefaleas muy intensas de dos años de duración refractarias a los tratamientos habituales. Un estudio neurológico previo de Fuencisla no puso de manifiesto ningún hallazgo somático anormal que pudiera explicar las cefaleas motivo de consulta. Nuestro estudio psiquiátrico de Fuencisla, concluyó en el diagnóstico de trastorno de la personalidad de tipo borderline (CIE-10: 301.83) y cefaleas asociadas a factores psicológicos depresivos recurrentes con un grave componente hipocondríaco (CIE-10: 307.80 y 296.20).

Fuencisla narraba una historia previa psicopatológica personal de consultas psiquiátricas, en la adolescencia, por trastornos de ansiedad no especificados, que ella achacaba a su importante miopía. Durante la entrevista nos aseguró que “nunca había llegado a pensar en sus capacidades para contraer matrimonio y, -mucho menos-, en conseguir ser madre alguna vez, por su gran inseguridad e hipocondría”. Sin embargo, se casó a los 18 años, en estado de gestación. Pocos meses después, tras un accidente de tráfico, se produjo la interrupción del embarazo.

Un año después, nació su primera hija, “un calco” de nuestra Celeste, tanto por el nombre, -se llamaba también Celeste-, como por los innumerables episodios paroxísticos de vómitos, ataxia y acidosis, por los que acudió reiteradamente a diversos servicios de neurología y nefrología de la red hospitalaria de nuestro país, refractarios siempre a los múltiples tratamientos practicados, hasta el punto de fallecer durante el curso de un coma cuando contaba 2 años de edad, el diagnóstico fue muerte súbita del lactante.



A propósito de esta muerte familiar no explicada en su momento, Fuencisla recuerda que, tras producirse, pasó por una importante depresión postraumática, en la que incluso se negó a comer. La madre, añadió después que “desde entonces, todo lo malo le sucede solo a ella”.

En el escaso espacio de poco menos de cuatro años, Fuencisla tuvo cinco embarazos; tras la muerte de la primera hija, nacieron dos varones, Ivan y Jose Alberto. Iván, el mayor, presentó crisis de apnea paroxística desde su nacimiento, la madre consultó con él en repetidas ocasiones por retraso psicomotor e hipoacusia bilateral no confirmados clínicamente, falleció a los 13 meses de edad con diagnóstico de muerte súbita del lactante. Jose Alberto, era descrito como un niño callado y celoso, con fracturas múltiples como único antecedente médico conocido.

La paciente, llamada también Celeste como macabro “tributo” a la hermana fallecida, era la siguiente hija del matrimonio, menor de los 2 hermanos que componían la fratria actual, era una niña muy retraída y callada cuando la conocimos a través de las consultas psiquiátricas de su madre, a pesar de su adecuado nivel intelectual y de desarrollo. Celeste tenía antecedentes médicos personales desde el primer mes de vida, había sufrido una serie de episodios de apnea paroxística que provocaron múltiples consultas e ingresos en urgencias y en UVI's pediátricas de, al menos, tres centros hospitalarios.

Sorprendentemente para todos los especialistas que la atendían entonces, los episodios de apnea remitieron, sin ningún tratamiento aparente cuando la paciente llegó a los 3 meses de edad. Pero, un año después, Celeste ingresó de nuevo, en estado de letargia y respiración taquipneica, precedido de un cuadro de vómitos y ataxia. Tras una primera alta voluntaria solicitada por la madre, se sucedieron una serie

de ingresos, en el mismo estado neurológico. En nuestro examen retrospectivo del caso, que realizamos junto a los pediatras que lo detectaron, descubrimos al menos cuatro ingresos por mes.

El diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes fue establecido dos años antes de nuestra intervención con la madre. La Dra. Reig del Moral pediatra en el lugar de residencia de la familia fue quien detectó el síndrome, describiéndole en un artículo médico (Reig del Moral y cols, 1986). Los estudios practicados entonces determinaron niveles tóxicos de fenobarbital y codeína en Celeste que fueron definitivos para probar los hechos y recurrir a la intervención judicial que coincidió con la desaparición de los síntomas de la niña y con el inicio del cuadro de cefaleas en la madre. La decisión judicial fue la vigilancia pediátrica constante de los niños y el tratamiento psiquiátrico de la madre con la solicitud de informes trimestrales que asegurasen el correcto maternaje de Fuencisla.

El tratamiento psiquiátrico de Fuencisla se centro en la realización de psicoterapia individual para revertir su hipocondría estableciendo un vínculo de confianza absoluto con ella, -la paciente seguía manifestando preocupaciones irreales respecto a la salud de sus hijos, en especial de Celeste, que nosotros le asegurábamos tener controlada a través de la coordinación con el equipo pediátrico que llevaba a los niños-. Su patología depresiva fue tratada con maprotilina 50 mg/ 24 horas y las cefaleas remitieron progresivamente.

Los informes judiciales solicitados se realizaban tras comprobar la adecuada evolución de Fuencisla y su familia. En el seguimiento posterior se comprobó como Celeste desarrollaba una vida normal, sin aparentes secuelas físicas o psíquicas de la enfermedad, la madre

continuo en tratamiento psicoterapéutico individual, sin cefaleas y con un estado de ánimo eutímico.

### 3.5.5 CASO Nº 5

Estrella, tenía 13 años de edad, y era la hija menor del matrimonio de sus padres, ya que solo tenía un hermano varón, aparentemente sano. Nos fue remitida desde neuropediatría, debido a sus malos rendimientos escolares y a los cuadros paroxísticos de síncope y abdominalgias que sufría desde hacía 3 años.

La paciente padecía obesidad de origen exógeno, que estaba siendo tratada en la unidad de dietética de nuestro hospital. La sección de neurología pediátrica, a su vez, le había diagnosticado epilepsia, instaurando un tratamiento anticomitial con ácido valproico en dosis oral de 400 mg. / 24 horas. Así mismo, se encontraba en estudio en pediatría general por un posible retraso estatural y cuando fue solicitada la interconsulta paidopsiquiátrica, tenía cita para iniciar consultas en la unidad de inmunología infantil.

Prácticamente desde su nacimiento se recogían antecedentes de enfermedad. La madre “presumía” de presentar entre su hija y ella todas las enfermedades del mundo. Las molestias, que se habían considerado inmotivadas en la mayoría de las consultas, abarcaban también el campo de la psiquiatría. Las conclusiones diagnósticas de los siete especialistas en psiquiatría que habían atendido previamente a Estrella eran: depresión, zurdería contrariada, retraso madurativo y mental, retraso escolar y discalculia, coincidiendo todos ellos en la existencia de patología en la relación materno-filial.

Los 15 informes no psiquiátricos recopilados, procedían de seis hospitales y abarcaban casi todo el espectro de especialidades médicas. Los datos recogidos en ellos coincidían, en general, con la anamnesis materna; pero se contradecían con la buena y “rolliza” apariencia somática que presentaba la niña.

Existía una gran diferencia de tiempo entre el primer informe neonatal de Estrella que reflejaba un parto post maduro acompañado de convulsiones hipocalcémicas y piuria (“real”), y el resto de los 21 informes recopilados, que se realizaron entre los 10 y los 13 años de edad de la paciente. Según estos informes, el principal motivo de la interminable lista de consultas era siempre el mismo cuadro de abdominalgías y síncope recurrentes por el que se nos consultaba a nosotros. En 7 de los 21 informes se añadía al cuadro sintomático la existencia de una pérdida de conciencia especial que los pediatras habían presenciado y descrito como “un vahído parecido a los mareos de las actrices de cine”, con el que finalizaban los episodios críticos de Estrella.

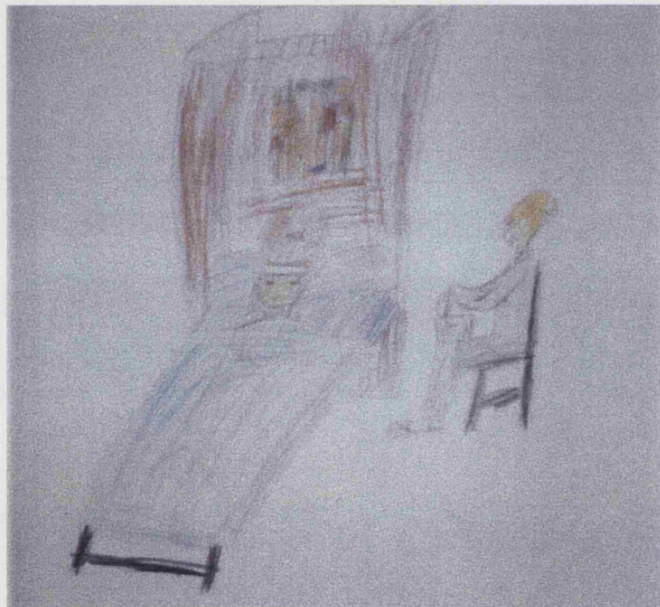
Los diagnósticos sugeridos eran muy variados, abarcando desde un síndrome de Bartter, un síndrome de Fanconi, posible quiste ovárico, apendicitis, por lo que se practicó apendicectomía con hallazgos anatómico patológicos normales, y llegando hasta la presencia de crisis epilépticas generalizadas foto paroxísticas. Como era de suponer, los tratamientos empleados siempre habían resultado ineficaces.

La madre, tenía 43 años, había estudiado enfermería y tenía un antecedente psicotraumático relacionado con una serie de desafortunadas intervenciones médicas respecto a un cuadro de tuberculosis renal que había padecido a lo largo de los 10 primeros años de vida de Estrella y que no había sido adecuadamente diagnosticado y

tratado, en su opinión, finalmente concluyó con una nefrectomía renal derecha, durante este tiempo sus innumerables consultas le habían creado una conducta de “dependencia” de los hospitales, parecía competir con su hija por el número de estudios clínicos realizados, ya que presentaba un cuadro de dolor abdominal recurrente y episodios paroxísticos de mareos, en todo similar al referido en la niña, que había sido estudiado paralelamente al de su hija, la cual, en contra de nuestra opinión, acudía siempre acompañando a la madre en las consultas, sustituyendo a la figura paterna en las salas de espera.

Examinando cronológicamente los informes clínicos de Estrella y de su madre, parecía existir un sistema equivalente al de los “vasos comunicantes” entre ellas, transmitiéndose la enfermedad episódica ficticia, motivo de consulta, de madre a hija y viceversa (Fig. 20).

Ella tiene fiebre porque ha comido muchos helados. Le ha puesto, su madre, el termómetro. La madre dice que, como con los paños de agua fría no se le baja la fiebre, su diagnóstico es anginas. Van a llamar al médico para ver que le manda.



*Fig. 20: Dibujo temático “la enfermedad”. Realizado por la paciente del caso 5. Historia referida por la niña en cuadro adjunto.*

Evidentemente, las innumerables estancias hospitalarias de la madre y de la hija, siempre juntas, habían motivado un importante ausentismo escolar; y, en consecuencia, un gran retraso académico en Estrella, que contrastaba con el notable nivel de inteligencia mostrada en el estudio psiquiátrico realizado en nuestra consulta.

La confrontación de la madre con la realidad, concluyó al admitir su manera sutil, basada en un ir y venir materno-filial, progresivamente mas angustioso de preocupación hipocondríaca, que acababa por precipitar los episodios de abdominalgia y síncope fingidos que padecía su hija.

Debido a la insistencia que continuaba mostrando por estar presente en las sesiones de terapia individual de su hija, fue derivada a otro psiquiatra que la diagnosticó de depresión e instauró tratamiento con Imipramina 50 mg/24 horas.

El tratamiento psicoterapéutico individual de Estrella, se complementó con sesiones de terapia grupal, con niños afectados de otras psicopatologías, ya que buscábamos la individuación personal, consiguiéndose una etapa de “separación” de ambas, que la madre aceptó con mucha reticencia. En la evolución se objetivó la desaparición de los síntomas de la niña y su normalización escolar y ponderal, sin que se produjeran posteriormente nuevas consultas ficticias.

Para finalizar la descripción del caso que nos ocupa, resulta llamativo que en el estudio de los antecedentes médicos ampliado a dos generaciones previas, aparecían innumerables cuadros clínicos atípicos, presentes al menos desde la bisabuela materna, que tenían el aspecto de una “herencia”, transmisión vertical aprendida del rol de enfermo.

### 3.5.6 CASO N° 6

Se trata de una paciente de 8 años de edad, llamada Lidia, primogénita de tres hermanos, que no fue diagnosticada de síndrome de Munchausen por poderes hasta su tercer ingreso en pediatría.

La primera vez que visitó nuestro hospital lo hizo en estado de coma, complicado con una neumonía aspirativa, probocada por la administración de un yogur, que le dio la madre, mientras la niña permanecía en estado comatoso. Durante ese ingreso sufrió dos paradas cardiorrespiratorias, la reacción de la madre calmando y tranquilizando al equipo pediátrico en tan difíciles circunstancias, resultaba sorprendente.

A diferencia del primero, el segundo y tercer ingresos fueron con un buen estado general, para estudiar un cuadro persistente y refractario a todo tipo de tratamientos, por el que había consultado en cinco centros hospitalarios, desde los dos años de vida de la niña. Los síntomas referidos por la madre eran episodios neurológicos paroxísticos de ataxia, crisis convulsivas y posterior alteración del nivel de conciencia que en ocasiones llegaba al coma.

Ante la inminente práctica de una biopsia cerebral, como ultima alternativa para llegar a un diagnostico, fue solicitada nuestra intervención.

Por los informes disponibles y los contactos mantenidos con los médicos que previamente habían asistido a Lidia, pudimos comprobar que existían importantes discrepancias entre la anamnesis familiar y los hechos reales. Efectivamente la paciente había ingresado en estado comatoso en mas de 27 ocasiones; pero solo la madre había presenciado las convulsiones que supuestamente precedían al coma, y la descripción que esta hacia de las mismas, variaba de un informe a otro, lo que en

unión de la atipicidad del cuadro ya habían producido algunas sugerencias sobre la posible invención de las crisis comiciales, sin embargo, los diagnósticos previos terminaban siempre apuntando hacia el origen metabólico o neurológico de los síntomas.

Las exploraciones complementarias que se le habían practicado, - laparotomias, biopsia hepática, biopsia del nervio sural y del cuádriceps, y biopsia rectal entre otras muchas-, no estaban exentas de riesgo.

La reunión de todos los criterios propios del síndrome de Munchausen por poderes nos hizo alertar al equipo multidisciplinario encargado de su tratamiento para aconsejar la interrupción de mas exploraciones médicas innecesarias o potencialmente dañinas en su diagnóstico diferencial.

El fallecimiento en extrañas circunstancias de la abuela materna de Lidia, que motivo una intervención judicial sobre la familia y el conocimiento por nuestra parte de las consultas realizadas por la madre sobre episodios de apnea paroxística inexplicados en relación con la hermana pequeña de la paciente, precipitó los acontecimientos y en ese momento la madre solicitó el alta voluntaria.

La carencia de pruebas definitivas para la adecuada confrontación, dadas las especiales y extremas características de la madre, nos obligó a plantear una estricta vigilancia de la niña en coordinación con el medico rural del municipio donde residía la familia. Se planteó una estrategia conjunta con dicho profesional que incluía las visitas diarias a Lidia y una vinculación con la madre.

La paciente presentó dos recaídas que cursaron con ataxia, disartria y somnolencia de 24 horas de duración. El oportuno envío de las muestras séricas permitió detectar niveles tóxicos de carbamacepina



(18.3 mcg/ ml) en el primer episodio y de fenobarbital (96.2 mcg/ml) en el segundo. (Fig. 21) . Se indicó el ingreso urgente e inmediato de Lidia, la madre fue sometida a confrontación y confesó ser la autora de las intoxicaciones e inventora de las inexistentes convulsiones.

=====				
----- P A R A M E T R O -----*--Resultado--*--Unidades--*--Valor Refere.--*				
RV BIOQUIMICA CLINICA Dr HERRERA				
SECRETARIA SERVICIO	TEL 1077 y 1058	1	ITT	1381
	Seccion 1 Dr ORTIZ	1	TEL	1690
	Seccion 2 Dr MILLAR	1	ITT	1995
c.2 UNIDAD de FARMACOS/CROMATOG.				
FENOBARBITAL	96.2	mcg/ml		
CLONAZEPAM	INFERIOR A LOS LIMITES DE DETECCION DE LA TECNICA			
VALPROATO	INFERIOR A LOS LIMITES DE DETECCION DE LA TECNICA			

Fig. 21: Intoxicación no accidental. Niveles plasmáticos tóxicos de fenobarbital en la paciente del caso 6.

El examen psicológico de la niña mostraba una afectación importante a todos los niveles, tanto personal como relacional. Su desorganizado comportamiento había facilitado el diagnóstico previo de retraso mental C.I.:50 que figuraba en uno de sus informes, los test psicométricos practicados por nosotros situaban a Lidia en un nivel intelectual medio C.I.:90 (según escalas Wechsler, 1974). Lo más característico de la niña eran sus trastornos comportamentales, debajo de la superficial desorganización tenía unas pautas relacionales muy peculiares, que iban desde el “pegoteo” a las personas de su confianza, al rechazo abierto, expresado en forma de agitación psicomotriz ante la más mínima frustración, sin posiciones intermedias. Con la madre mantenía otro tipo de relación, fría y temerosa, pero muy dependiente..

La madre de Lidia tenía una personalidad típica de las madres Munchausen por poderes con rasgos asociados de cleptomanía y abuso

de fármacos analgésicos. En sus antecedentes presentaba una infancia negligida y la enfermedad como moneda de cambio habitual en sus relaciones familiares. Respecto a su matrimonio ella lo refería infeliz y vacío, el marido tenía conductas de etilismo crónico, pudiendo nosotros comprobar en una de sus escasas visitas a nuestra consulta que era diabético y portaba una prótesis en su extremidad inferior derecha. A pesar de la invalidez paterna la familia vivía relativamente bien acomodada, gracias en parte a las ayudas sociales conseguidas por la madre debido a las enfermedades alegadas.

El tratamiento psiquiátrico se planteó inicialmente desde la perspectiva de una terapia diádica del vínculo materno-filial, lográndose interrumpir las conductas facticias por poderes. En el seguimiento evolutivo de Lidia se objetivó que hacia vida normal y asistía con regularidad al colegio en su lugar de residencia, recibiendo paralelamente un programa psicosocial individualizado y familiar de rehabilitación, focalizado en su recuperación total. Los informes judiciales eran solicitados a su médico de zona que siguió el caso coordinadamente con nuestro servicio pediátrico.

### 3.5.7 CASOS N°s 7 y 8

José Luis (caso n° 8) era un niño de 9 años de edad, cuando fuimos informados por nuestros servicios sociales de su ingreso en otro centro hospitalario de la Comunidad Autónoma, dados los antecedentes familiares, optamos por solicitar su traslado a nuestro hospital para su seguimiento.

Un año antes habíamos tenido el primer contacto con la familia de Jose Luis a través del diagnóstico de su hermana mayor, Mercedes (caso nº 7) que en aquel momento tenía 12 años.

Mercedes tenía antecedentes de un parto pretérmino (PN: 1400 gr) y síndrome polimalformativo no filiado (desviación radial de la mano izquierda, pulgar flotante, hipoplasia de radio y pie plano valgo), a la edad de 4 años se le había realizado una pulgarización del 2º dedo de la mano derecha tras múltiples consultas, en el servicio de cirugía plástica de nuestro hospital. Otro informe de traumatología procedente del hospital de su lugar de origen, refería que a los 10 años de edad había sido estudiada, a petición de la inspección médica de su zona, para vigilancia de la evolución de pies planos y escoliosis vertebral, le habían indicado una férula postural para la muñeca zamba y plantillas ortopédicas, dando el alta definitiva.

En este mismo informe se reflejaba que la madre era tremendamente conflictiva en el medio hospitalario.

Cuando nosotros habíamos visto a Mercedes por primera vez estaba ingresada para estudio de dolor abdominal y erupción cutánea no comprobadas, con diagnóstico pediátrico al alta de inexistencia de patología susceptible de tratamiento.

Para determinar nuestro diagnóstico, nos basamos en las características de los múltiples ingresos y consultas, el conocimiento de la existencia del otro hermano, también con numerosos antecedentes médicos y en el informe de la trabajadora social, que entre otras razones, era motivado por la querulancia de la madre, reflejada por ejemplo, en la transcripción (Fig. 22) de una de las reclamaciones que sistemáticamente

presentaba, en el servicio de atención al paciente del hospital, siempre que ingresaban a uno de sus hijos.

**TRANSCRIPCION DE LA RECLAMACION  
HECHA POR UNA MADRE DE PACIENTE  
DIAGNOSTICADA DE MUNCHAUSEN  
POR PODERES:**

LA NIÑA NO SE PUEDE VALER DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD Y DESCONOZCO PORQUE NO SE LE HACE UN INGRESO EN LA PLANTA QUE LE CORRESPONDE Y LUEGO ES TRATADA MAL; Y, DESDE LUEGO, ESTE CENTRO REQUIERE MAS HIGIENE Y MAS LIMPIEZA; Y, DESDE LUEGO, LA NIÑA NECESITA REHABILITACION DEBIDO A UNA ESCOLIOSIS INFANTIL Y NECESITA RAYOS Y UNAS PRUEBAS Y EL DOCTOR FULANITO SE NIEGA A QUE LA NIÑA SEA TRATADA Y QUE ES UNA VERGÜENZA SIENDO UN MEDICO ESPECIALIZADO EN CIRUGIA PLASTICA, Y QUE POR LO TANTO ESTA NIÑA NO SEA SOMETIDA A LAS PRUEBAS; Y, QUE, ADEMAS, NO SE PORQUE SIEMPRE ME TENGO QUE MARCHAR SIN SER SOMETIDA A TRATAMIENTO DE DIGESTIVO Y QUE, ADEMAS, NO SE PORQUE SIEMPRE QUE VENGO A ESTE CENTRO ME PASA LO MISMO Y DESCONOZCO EL PORQUE LA NIÑA NO SEA HOSPITALIZADA, Y QUE EL MEDICO NO DE EL INGRESO; Y POR LO TANTO VENGO A LA DIRECCION PARA QUE HAGA LAS GESTIONES NECESARIAS E INVESTIGUE ESTE CASO EN EL QUE SE HAGA LO ANTES POSIBLE EL HALLAZGO DE LAS CAUSAS, Y QUE LA NIÑA SEA ADMITIDA POR LA SEGURIDAD DEL CENTRO Y PORQUE SE QUE ELLOS QUIEREN UNA NIÑA SANA POR LA QUE EL MEDICO NO CREO QUE HACE NADA POR VER LAS CAUSAS DE LO QUE LE PASA, PORQUE NO TIENE NI LA MAS MINIMA IDEA DE LO QUE ES LA MEDICINA, Y QUE NO SABE EL DAÑO QUE ESTA CAUSANDO A ESTA FAMILIA. SALUDO ATENTAMENTE.

*Fig. 22: Transcripción de una de las reclamaciones presentadas por la madre de los casos 7 y 8.*

Dado que la paciente regresaba a su lugar de origen (Cantabria), se había recomendado seguimiento medico y social para impedir la utilización de ambos niños por parte materna para nuevas consultas y estudios médicos no indicados, añadiendo que la madre debía ser tratada por su psiquiatra de zona.

Cuando solicitamos el traslado de Jose Luis, se iniciaron una serie de comunicaciones telefónicas y escritas con los pediatras encargados del caso en el otro hospital que no pudieron ser atendidas al solicitar la madre el alta voluntaria, finalmente fue localizado en otro centro en cuyo

servicio de endocrinología estaba ingresado por los mismos motivos por los cuales ya había sido estudiado en diversas ocasiones –dos en su lugar de origen y una tercera vez, tres años antes, en nuestro hospital, con una duración de cuatro meses-. Las quejas aducidas eran, escaso desarrollo pondero-estatural , retraso psicomotor y microgenitosomía y los diagnósticos siempre descartaron patología orgánica.

El niño tenía antecedentes de síndrome polimalformativo no filiado, nacido de parto normal y con adecuado desarrollo psicomotor

En la exploración psiquiátrica, Jose Luis se mostraba poco colaborador y ausente. Se realizó C.I.: 87 (según escalas Weschler). La relación materno-filial observada en la consulta aparecía inexistente, propia de una familia conflictiva, cuyos padres estaban separados desde que la madre había apuñalado a su marido.

Resultó curioso que durante una de la entrevistas, la madre nos entregó una sorprendente colección de ordenes de asistencia, peticiones de pruebas, denuncias policiales, programas de actividades hospitalarias, solicitudes de abono de viajes, y calificaciones de minusvalía para sus dos hijos.

Ante la evidente alteración psiquiátrica que presentaba, cuyo comportamiento con tintes psicóticos e ideación depresiva y autolítica pudimos detectar durante las consultas, observamos un inminente riesgo de descompensación, ya que su lenguaje era delirante y similar al mostrado en la ultima reclamación presentada por ella (Fig. 23) y temiendo por su integridad física, indicamos su ingreso inmediato en un hospital psiquiátrico. El tribunal de protección de menores se hizo cargo de Jose Luis que fue trasladado al colegio interno donde cursaba sus estudios.

**TRANSCRIPCION DE LA RECLAMACION  
FORMULADA EN EL LIBRO DE  
RECLAMACIONES DEL HOSPITAL POR UNA  
MADRE DE PACIENTE CON MUNCHAUSEN  
POR PODERES DIRIGIDA AL DR. FULANITO  
(2):**

VOY A HACER UNA RECLAMACION DOBLE, POR MI  
Y POR MI HIJA:

“POR SER QUIEN SOY, POR SER ORGULLOSO Y POR SER  
ALTANERO Y SER UN DON JUAN Y POR SER  
CABALLERO ALTO Y ALTANERO, ES MI OBSESION, MI  
VIDA Y MI MUERTE Y POR ELLO TE QUIERO.

LAS CAUSAS DE MI DESGRACIA Y LA VIDA  
ETERNA Y TAMBIEN ERES UN ARROGANTE DE LAS  
FLORES, Y TE DIGO QUE LO QUE TENGO NO TE LO DOY  
PERO SIGO CONTIGO; Y, ADEMAS, TE DIGO QUE ERES  
UN ESTAFADOR Y UN SIMPLE EMPLEADO Y ORDENAS.  
TE DESPRECIO CON TODO MI CORAZON; Y, DESDE  
LUEGO, TE ODOIO Y OJALA TE MUERAS EN LA CALLE  
DONDE VIVES; Y, ADEMAS, TE DOY LAS GRACIAS POR  
ELLO Y TE DIGO QUE NO TE OLVIDO AUNQUE PASEN  
100.000 MIL AÑOS Y QUE POR TODO ELLO TE DIGO:  
¡AHI TE CAIGAS MUERTO EN TU CAMA DE LECHO; Y  
QUE, ADEMAS, TE MALDIGO POR SER QUIEN ERES Y  
PORQUE TE TENGO EN MI PENSAMIENTO DIA Y  
NOCHE Y NO PUEDO OLVIDARTE Y ERES PARA MI UNA  
OBSESION DE VIDA Y MUERTE; Y, POR ELLO, SIGO  
PENSANDO EN TI, EN MI AUSENCIA, EN LA CALLE O EN  
CASA; Y, POR TODO ELLO TE DIGO Y TE MALDIGO QUE  
ERES LA VIDA Y LA MUERTE Y NO TE QUIERO PARA  
BIEN NI PARA MAL; SOLO PARA DECIRTE QUE TE  
QUIERE AUNQUE ESTÉS LEJOS DE MI. UN FUERTE  
ABRAZO, CON CARÍO”.

*Fig. 23: Transcripción de la ultima reclamación  
que hizo la madre de los casos 7 y 8. Muestra  
rasgos delirantes.*

En el seguimiento evolutivo de ambos hermanos se observó un adecuado aprovechamiento escolar y una notable mejoría en sus relaciones sociales, aunque se preveía un incierto porvenir en cuanto al desarrollo de su personalidad dados los graves problemas emocionales detectados en los tests proyectivos realizados, por lo que se aconsejó tratamiento psicoterapéutico individual de rehabilitación psicosocial dentro del programa de protección de menores.

### 3.5.8 CASO N° 9

Marta, era una niña de 14 meses de edad, se nos consultó desde la UVI neonatal debido al bajo nivel de desarrollo psicomotor que aparentaba; el estudio psiquiátrico confirmó el retraso C.D.: 50 (escalas BAYLEY de desarrollo infantil. Escala mental: I.D.M.: 60; escala de psicomotricidad: I.D.P.:40; siendo el registro del comportamiento del niño mucho mas bajo de lo previsto para su edad cronológica).

Este es el típico caso que presenta la complicación añadida de que la supuesta perpetradora (la madre de la niña) era una profesional de la salud (diplomada en enfermería). Ante las claras sospechas que los diversos informes recogidos nos indujeron, fue imposible la confrontación y únicamente se pudo parar el abuso y practicar rehabilitación psicomotora global para intentar paliar en la medida de lo posible el daño cerebral que se había producido ante las múltiples crisis hipoglucémicas que la madre le había inducido a Marta.

En los antecedentes del embarazo, es de señalar que había sido mal tolerado por la madre y que no existía padre reconocido, el parto había sido normal y la pequeña permaneció los tres primeros meses de vida con sus abuelos, cuando paso a vivir con su madre se iniciaron las crisis y los múltiples ingresos en la U.V.I.

Se disponía de varios diagnósticos que iban desde, déficit transitorio de carnitina, crisis convulsivas, comas de repetición y episodios hipoglucémicos inexplicados. La comprobación se hizo por la detección de insulina administrada exógenamente por la perpetradora.

Las especiales características del caso y la irreversibilidad del daño cerebral causado planteó una polémica entre los especialistas implicados que concluyó con la decisión de no solicitar la intervención

de los servicios de protección al menor, garantizando únicamente la no aparición de nuevas crisis y el tratamiento psiquiátrico de la madre focalizado en la especializada atención que precisaría su hija en el futuro.

### 3.5.9 CASOS N°s 10 y 11

Se trata de 2 niños colombianos adoptados, Josu (caso n° 10) tenía 3 años y Ramón (caso n° 11) tenía 2 años cuando fuimos consultados por la conducta materna y los numerosos ingresos y consultas que presentaban ambos niños, -desde hacia dos años-, sin constatarse una patología evidente y mostrando un desarrollo psicomotor normal. C.I.:110 y C.I.:100 (WPPSI o escalas Weschler para niños pequeños) respectivamente.

La madre adoptiva era una antigua religiosa de las hermanas hospitalarias, con un matrimonio tardío, que ante la imposibilidad de concebir, habían optado por la adopción remunerada en el país sudamericano.

Los motivos de consulta, indistintamente con uno u otro niño, eran muy variados, cefaleas, fiebre, anorexia, pérdida de conciencia, dolor abdominal y llanto constante, ninguno de los cuales se evidenciaba cuando eran estudiados. En nuestra investigación se puso de manifiesto a través de vecinos de la familia, que los niños eran “abandonados” solos, con mucha frecuencia.

En la entrevista con la madre, que siempre acudía afectada de etilismo, refirió múltiples antecedentes personales médico-quirúrgicos, no demostrados y solo aportados por ella. Estaba en tratamiento



farmacológico anti-asmático, nos confesó que no lo tomaba, tras un episodio de estatus asmático que nadie había presenciado; decía padecer ulcus gástrico que ella misma se había diagnosticado; le habían practicado ureterotomía con reposición de injerto, ureteroneocistostomía con psoirización vesical por estenosis ureteral, probablemente yatrógena, según referían los urólogos que la atendieron, en sucesivas ocasiones, por dolor lumbar derecho y hematuria que no se demostraron clínicamente; así mismo, le habían realizado una nefrectomía unilateral izquierda, histerectomía total y apendicectomía entre otras intervenciones que consiguieron que su abdomen “pareciera una reja de cicatrices” , en todos los casos sin una explicación médica que las justificara. Todos estos informes, que cronológicamente eran anteriores a la fecha de la adopción, incluían datos, sobre la enfermedad psiquiátrica crónica y los varios intentos de suicidio de la paciente.

En las reuniones con el equipo terapéutico concluimos en la posibilidad de que sus conductas adictivas a la cirugía y a los hospitales estaban siendo transferidas a los niños. Ella se cuestionaba continuamente su capacidad de maternaje, manifestando que no se sentía capaz de cuidar de los pequeños, por lo que los llevaba al hospital siempre que lloraban.

El etilismo crónico y la imposibilidad de parar el abuso que se estaba produciendo con los niños motivaron la solicitud por nuestra parte de la intervención del servicio de protección de menores que se hizo cargo de la tutela de Josu y Ramón, pasando la madre a disposición judicial y siendo ingresada en un hospital psiquiátrico.

### 3.5.10 CASO Nº 12

Daniel (caso nº 12) tenía 9 años cuando estando ingresado en la planta de pediatría para estudio de hepatomegalia no detectada en la exploración, heces con sangre, no comprobadas y negadas por la pareja de la madre, y pérdida de peso desde el ingreso anterior, fuimos consultados por las características psicosociales del caso, ya que el niño estaba siendo seguido por la trabajadora social de su zona a petición de la familia materna.

En los antecedentes de Daniel se recogen varios ingresos por disnea paroxística, intoxicación no-accidental, fiebres no explicadas, hepatomegalia, vómitos, somnolencia, caída ¿accidental? con herida inciso-contusa en párpado derecho, desde por lo menos los cuatro años de edad.

En la exploración, se evidenciaba talla baja que atribuimos a privación afectiva. El niño mostraba comportamiento introvertido y de difícil comunicación, su C.I.: 100 (WISC: escalas Weschler) coincidía con un grado medio de inteligencia. Durante su estancia hospitalaria se observaron conductas agresivas hacia otros niños. Su escolarización era muy irregular, con innumerables faltas de asistencia atribuidas a la “mala salud” del niño y a la conflictiva situación de la familia, es un dato significativo que Daniel carecía de la inmunización obligatoria en la infancia.

La madre era viuda, desde hacía cinco años, el marido había fallecido por rotura de aneurisma cerebral, y desde hacía tres años convivía con otra pareja. Había tenido dos hijos fruto de su matrimonio, nuestro paciente y un hermano menor, Roberto, que contaba 5 años de edad, en relación con este niño parece que también existían conductas

anómalas, consultas por motivos banales y contradicciones entre anamnesis y hallazgos, y malos tratos. Percibía una alta pensión de viudedad, que sin embargo no cubría las necesidades familiares, debido a su adicción al juego.

En las sucesivas entrevistas que mantuvimos con ella, aparecía con un ojo cubierto, afirmando que era tuerta, pero luego cambiaba el parche al otro ojo, supuestamente sin darse cuenta, también llevaba vendada la pierna derecha y mas tarde supimos que era por una lesión inventada, luego fingida y por ultimo fabricada, una herida infectada de la que era tratada en otro hospital.

Sus antecedentes psiquiátricos se remontaban a tres años antes, estaba en tratamiento, que seguía muy irregularmente, por depresión, ludopatía y adicción a diversas sustancias.

La actitud de colaboración por su parte, como una colega, y la pseudología fantástica que sobre su personalidad y antecedentes refería nos confirmaron en el diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes.

Se instauró una terapia sistémica que incluyó a la familia de origen materno, y se intentó tratar los trastornos del vinculo materno-filial mostrados por la relación simbiótica y ambivalente de la pareja.

Se notificó al servicio de protección de menores que procedió a ejercer la tutela de Daniel y Roberto, coincidiendo con una crisis depresiva severa de la madre por la que fue ingresada en un hospital psiquiátrico.

En un seguimiento posterior, diez años después, hemos tenido la oportunidad de comprobar que Daniel trabaja en una escuela de hípica,

esta integrado socialmente y se ha olvidado de los hospitales, a pesar de conservar conductas violentas.

### 3.5.11 CASO N° 13

Iratxe, tenía 8 años y era primogénita de las 2 hijas fruto de un conflictivo matrimonio, cuya madre de 31 años, pasaba por ser considerada como la madre perfecta y colaboradora en todos los aspectos de la rutina hospitalaria. Fuimos consultados por endocrinología infantil, al no encontrar dichos especialistas etiología orgánica de la obesidad que presentaba la niña, basaba en la diferencia de percentiles entre su talla: 129.5 cms. (p-25) y su peso: 33 kgs. (p-75).

Efectivamente, se demostró que durante las frecuentes peleas conyugales, cuando Iratxe era llevada con su abuela, dejaban de producirse las consultas e ingresos.

La madre de la paciente tenía antecedentes personales de grave anorexia nerviosa desde los 14 años, y a pesar de que en su apariencia mostraba un peso adecuado, conservaba actitudes anómalas con respecto a la comida y la figura corporal que extendía a su hija. La hermana menor, estaba sana y al parecer alejada de los hospitales.

El embarazo de Iratxe fue muy mal tolerado con metrorragias, que motivaron al menos tres ingresos, aunque finalmente el parto fue a termino, con P.N.: 2.800 grs. Entre los múltiples informes recopilados de la paciente existían datos sobre dos cirugías oculares, corrección de un supuesto estrabismo, a los 3 años, e innumerables consultas por pubertad precoz, la primera, cuando la niña tenía 5 años, que estaba siendo

estudiada! por el servicio de endocrinología, la madre había mostrado compresas con sangre, afirmando que provenían de Iratxe.

La paciente mostraba un carácter alegre y extrovertido que permitió una buena vinculación para la psicoterapia individual, que ayudo a “liberarla” de las mórbidas preocupaciones maternas. También se realizó terapia de grupo para facilitar su individuación.

La confrontación fue llevada a cabo con ambos padres; el padre, que por otra parte había estado “ausente” de las consultas y sufría depresiones reactivas a sus problemas conyugales, se benefició también de la experiencia emocional correctora que supuso para toda la familia el conocimiento de la realidad.

En el seguimiento al año se había recuperado la relación entre peso:35 Kg. y talla: 133 cm., (p-50 para ambos) llevando Iratxe, una vida normal. Sus padres estaban referidos a otro especialista y continuaban su terapia de pareja.

### 3.5.12 CASOS N°s 14 y 15

Sergio (caso n° 14) de 8 años y Felix (caso n° 15) de 15 años eran los hijos de Socorro, de 38 años, madre con características personales típicas que incluían una historia de evolución médica de más de 17 años con repetidos ingresos y operaciones, 14 intervenciones, por un problema de tromboflebitis, artrosis, crisis de pérdida de memoria, alergias y los mismos síntomas que sus hijos. Su historia ginecológica era de 6-4-2 (3 abortos y 1 embarazo ectópico).

Fuimos consultados desde neurocirugía para estudiar a Felix, ingresado por amnesia y ausencias que tras el oportuno estudio no había

mostrado causa orgánica. El niño tenía antecedentes desde el año y medio de edad de cuatro intervenciones y 11 escayolas por unos pies zambos, la madre decía que no estaba bien del todo, que el pie izquierdo lo tenía peor que el derecho, así mismo había consultado por alergias, un supuesto estridor laríngeo, dolor abdominal y ausencias que habían motivado un diagnóstico sugerente de agenesia del cuerpo calloso y epilepsia, siendo medicado con ac. valproico, la madre confesó que no lo tomaba. También tenía un informe de psiquiatría infantil de otro hospital, especialista denunciado por la madre, porque decía que la había responsabilizado a ella de todo, “sin mirar ni siquiera la historia”.

Felix, en la entrevista era un niño ambivalente hacia los médicos, basado en parte en las enseñanzas maternas, centradas en que ir al médico es como ir al colegio. Su inteligencia y desarrollo psicomotor eran normales, pero sus rendimientos escolares se veían gravemente afectados por su absentismo. Era curioso que cuando se le preguntaba si le dolía algo, contestaba automáticamente que sí: “la cabeza, el abdomen, las extremidades superiores y las inferiores”.

Durante el ingreso, nos percatamos, la madre no dijo nada, de la relación fraterna existente entre Felix y Sergio, que había sido paciente nuestro, seis meses antes, en su último ingreso por dolor abdominal recurrente, fiebre, vómitos y diarrea. La interconsulta que nos hizo pediatría era por salmonelosis, fallo inmunológico y dolor inexplicable, así mismo comentaban las peculiaridades de la madre. Nuestro diagnóstico en aquel momento fue dolor abdominal recurrente de origen psicológico. Al ser confrontada la madre por ocultar datos, nos dijo: “doctor, yo creía que se daría cuenta usted solo”. Al intentar acceder a la historia de Sergio, esta había desaparecido.

La madre era una persona que únicamente hablaba de enfermedades, médicos y enfermeras, mostrándose alegre y jovial en las consultas, afirmaba que “para ella eran las operaciones que las gripes eran para los débiles”. Se refería a su marido como responsable de todo, definiéndole como “el pobrecito depresivo”, sus comentarios despectivos sobre la familia de él, son unos pobres diablos, contrastan con los que hacía de la suya propia, mis hermanos son como semidioses, y muy buenos. Se definía a si misma como muy trabajadora, de carácter fuerte y compulsiva en sus acciones, mencionando sus deseos de haber sido enfermera, supuestamente frustrados por el matrimonio, así mismo decía odiar a las doctoras-mujeres.

Dadas las características del caso el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes se hizo evidente; planteamos un tratamiento psicoterapéutico individual de Felix, apoyando sus deseos de independencia-separación de la madre, hasta lograr que recuperara una imagen de si mismo sano. Se remitió informe al pediatra de zona y se contacto con el colegio para recuperar su estatus escolar.

Meses mas tarde, la madre acudió a nosotros con una radiografía, calificada como normal, de la pierna izquierda de Sergio, afirmando que el niño había sido mal diagnosticado de un esguince con artralgias secuelas y observamos una sobreescritura en el informe radiológico. “¿epifisiolisis grado I de maleolo peronéo?”, al parecer tras una discusión en urgencias la madre consiguió que le pusieran al niño, una férula posterior. Cuando le preguntamos a Sergio si le dolía algo, resultó curiosa su respuesta, por la semejanza con la que daba su hermano: “si, me duele la cabeza, el abdomen, las extremidades superiores y las inferiores”.

Se le indicó que todas las consultas que hiciera con sus hijos nos las comunicase expresamente y se continuo el seguimiento del caso.

Seis meses después del ultimo ingreso de Felix, la madre nos llamó para informarnos que Sergio esta otra vez ingresado en pediatría por dolor abdominal, febrícula, vómitos y diarrea.

La sospecha de que las conductas por poderes se estaban incrementando en Sergio, dado que Felix se había “independizado” de ellas, nos aconsejo reunir al grupo familiar y realizar la confrontación global. Durante esta, se evidenció la buena evolución de Felix que había mejorado sus rendimientos escolares, confirmado por el padre, que por primera vez intervino y manifestó su depresión reactiva a las intervenciones de su mujer, por la que estaba en tratamiento. La madre mostraba un aspecto triunfal por haber logrado reunir a toda su familia unida, en la consulta. La experiencia emocional percibida por Socorro ejerció de modo terapéutico para conseguir el cese de sus conductas anómalas, produciendose la reestructuración familiar adecuada. El seguimiento posterior de la madre en nuestra consulta, e indirectamente de los niños, confirmó la recuperación de todos los miembros de la familia.

### 3.5.13 CASO N° 16

Azucena era una niña de 8 años de edad, cuando fuimos consultados por el servicio de pediatría por presentar una dificultad en la marcha sin razón física aparente que fue agravándose de modo paulatino, durante el ingreso, hasta concluir en una paraplejía que era de origen psicógeno. Presentaba como antecedentes personales una gran cantidad



de asistencias hospitalarias acompañada de su madre, por sufrir episodios no explicados de invalidez, retención de orina y otras quejas no probadas.

Su madre, una ex religiosa que había estado a punto de convertirse en misionera, se había casado y tras dos embarazos llenos de molestias, - vómitos, metrorragias ficticias, y otras -, habían nacido sus hijos, David, de 11 años, sano en el momento actual, pero del que existían antecedentes de diversos ingresos y consultas por trastornos inespecíficos, dolor abdominal, anorexia, fiebre, no demostrados.

En el momento de la interconsulta de Azucena, la madre alegaba estar en tratamiento psiquiátrico por depresión, - real -, en otro hospital, donde ella había ingresado previamente por episodios depresivos y de intentos autolíticos por defenestración y otros, no confirmados. En el ambiente hospitalario, era enormemente estimada por las enfermeras dada la colaboración y ayuda que prestaba a todo el mundo.

La paciente, era retraída, callada y empeoraba en nuestra presencia o la de los padres, que nunca permitieron fuese entrevistada por separado. Las pruebas psicométricas mostraron C.I.: 110 (WISC) y en los test proyectivos descubrimos, alexitimia, histrionismo y depresión.

Observamos un vínculo materno-filial de tipo simbiótico que sin embargo se acompañaba de un trato frío y ambivalente hacia la madre, así como hacia el padre, al que obedecía ciegamente, en todo, y los doctores. Su actitud de rechazo al ambiente hospitalario, ya que no comía nada y empeoraba su parálisis día a día, nos aconsejó dar el alta para su seguimiento en consultas externas.

Ante la imposibilidad de plantear una psicoterapia individual, iniciamos un tratamiento conjunto con el equipo de rehabilitación,

basado especialmente en técnicas de modificación de conducta, relajación y entrenamiento asertivo. Durante seis meses la paciente acudió a rehabilitación, y con estímulos del padre, la empujaba suavemente en la espalda con el dedo, fue progresivamente mejorando su capacidad para la marcha, siendo dada de alta caminando normalmente.

En el seguimiento posterior, tuvimos la suerte de ser testigos de cómo Azucena patinaba felizmente. La madre que acudió en una última visita para decirnos: “doctor, no se crea que ustedes han curado a mi hija, la hemos curado nosotros, sus padres”, continuo con su tratamiento psiquiátrico, no repitiéndose las consultas ficticias.

#### 3.5.14 CASOS N°s 17 y 18

Ruth (caso n° 17), de 10 años y Rubén (caso n° 18), de 12 años, son los dos hijos menores de Charo que tenía 30 años en el momento de nuestro primer contacto con esta familia. Fuimos consultados inicialmente por el ingreso de Ruth que presentaba dolor abdominal, vómitos, cefaleas, dolor lumbar y estreñimiento de ocho años de evolución sin causa orgánica aparente, habiendo sido estudiada en diversos servicios (digestivo, urología, ortopedia, cirugía plástica, neuropediatría, nefrología y endocrinología) del hospital y en al menos tres centros hospitalarios diferentes.

La relación de diagnósticos era abrumadora: meningitis linfocitaria, estreñimiento funcional, dolor abdominal recurrente, fecalomas, sacroileitis, calcificación en pelvis menor, retraso en el lenguaje y supuesta dislexia, miopía y alergia a la leche. Las pruebas e

intervenciones practicadas, algunas en extremo dolorosas, habían sido innumerables, se le realizó apendicectomía a los cinco años de edad, y entre otros tratamientos había estado en un centro de rehabilitación funcional del lenguaje durante tres años para mejorar extraños fallos de ¿pararrotacismo? (leía “verde” por “desde”; “entre” por “trece”; “perdido” por “pedrito”; y al volver a leer “se llama” por “pedrito”). Todo ello la situaba en un aprovechamiento escolar muy inadecuado; debido, según los informes del colegio, al grave ausentismo provocado por la enfermedad.

En nuestra entrevista evidenciamos que Ruth aparentaba ser una niña fría e impasible, su vínculo materno-filial era simbiótico y con características ambivalentes. El C.I.:110 (WISC) y el test de lecto-escritura (TALE) fue normal tras insistirle ligeramente.

La madre, Charo, había acompañado siempre en las estancias hospitalarias a la pequeña, y se consideraba a sí misma como un ejemplo de “madre perfecta”, lo que también era percibido por el personal asistencial; su relación con los hospitales era “muy considerada”, tenemos como ejemplo una de sus solicitudes de alta voluntaria en unos términos de extremada educación y “colegismo” hacia el médico de guardia, alegando motivos médicos para conseguirla. (Fig. 24 ).

Padecía jaquecas crónicas desde “siempre”, en los embarazos, G.A.V.: 3-0-3, y especialmente en los periodos postnatales refería mala adaptación y múltiples consultas. Definía su matrimonio, el padre padecía un tipo de enanismo no filiado, como inestable, con continuas discusiones, y alegaba que él permanecía poco tiempo en casa y nunca iba a los hospitales con ella.

---

"Motivos por los que pido el alta voluntaria para mi hija Ruth: El viernes, la doctora nos informa que no le puedo dar las tomas de la noche, -cosa que accedo-. A las 9 de la mañana me informa la enfermera que ha llamado la doctora y que no puedo darle el pecho durante 2 días. En mi opinión, como la niña no admite otros alimentos y si se le obliga termina vomitándolo todo, cosa que ha comprobado la enfermera, decido darle el pecho después de intentar con una papilla. Consultando con la enfermera y el médico de guardia, después de la extracción de la mañana, entiendo que lo mejor es que mi hija permanezca en casa, volviendo el lunes, para hacérselo saber al equipo medico.

Solicito al medico de guardia el alta voluntaria, argumentada en que tengo derecho a estar junto a mi hija, cosa que la normativa de este hospital no permite.

Espero que mi decisión no lesione el interés profesional y moral del equipo medico".

---

*Fig. 24: Transcripción: motivos de solicitud de alta voluntaria alegados por la madre de los casos n°s 17 y 18.*

Durante las entrevistas mantenidas con Charo, mencionó un alarmante temor de que la niña padeciese lo mismo que su hermano Rubén; Nosotros iniciamos las indagaciones y citamos al niño en consulta, comprobando que llevaba un corsé de Milwaukee, del que hacia gala ostentosamente, manifestando que se lo quitaba en casa.

Sus antecedentes médicos se remontaban al menos a cuatro años atrás, con consultas por cefaleas y abdominalgias que habían propiciado el diagnostico de escoliosis y epilepsia a pesar de no evidenciarse anomalías radiológicas ni electroencefalográficas, también existían algunas intervenciones quirúrgicas como una criptorquidia unilateral y una apendicectomía.

En la entrevista con Rubén, observamos que era un niño alegre con normal desarrollo psicomotor y grandes dotes imaginativas; su visión de la familia era tan caótica como se evidencia en el dibujo realizado por él (Fig. 25).



*Fig. 25: Dibujo temático "la familia". Realizado por el paciente del caso 18. Evidencia una imagen caótica de la familia.*

Sus rendimientos escolares eran normales mas por su inteligencia, C.I.: 120 total (verbal:100 y manipulativo: 140) que por la seguridad en si mismo, que era calificada, en el informe del colegio, como baja y por lo que había precisado tratamiento psicológico por el profesional adscrito al centro escolar.

Rubén, daba la impresión de estar sufriendo un proceso de adaptación en su vinculo materno-filial, evolucionando hacia la individuación.

La confrontación familiar que se planteo durante la terapia llevada a cabo en nuestras consultas, mostró la evidencia de que los niños estaban sanos y no precisaban mas consultas medicas, fue aceptada por la madre y el padre coincidió con nosotros en todo. Pudimos comprobar que el hermano mayor, David de 14 años, tenia también antecedentes

médicos, con una cirugía de estrabismo y una supuesta cifosis juvenil tratada con un corsé de Boston, aunque en apariencia estaba normal.

El seguimiento posterior nos permitió comprobar que Rubén pudo prescindir definitivamente del incomodo corsé y Ruth adecuó sus rendimientos escolares, no produciéndose nuevas consultas. Es de reseñar que Charo dejó de presentar sus referidas jaquecas.

### 3.5.15 CASO N° 19

José Ignacio, era un niño de 12 años, cuando iniciamos la investigación de su caso, que tenía antecedentes clínicos desde hacia 11 años, y del que pudimos recopilar al menos 25 informes.

Cuando el paciente tenía 8 meses de edad, ingresó por primera vez debido a un cuadro de convulsiones, que solamente había presenciado la madre, precedidos por “gesticulaciones” de segundos de duración que se habían venido produciendo a lo largo de los 15 días anteriores, todo ello acompañado de 39,5 ° C de temperatura. En relación con esta fiebre es de reseñar que durante el ingreso sufrió extrañas oscilaciones difícilmente explicables en un proceso patológico. Su diagnóstico al alta fue síndrome febril por viriasis y convulsión febril, instaurándose tratamiento con fenobarbital, -50 mg/ 12 horas-.

Posteriormente, surgen una serie de consultas con motivos diversos: dolor abdominal, estreñimiento, fimosis, enuresis ocasional, macrohematuria, petequias, polaquiuria, disuria, cefaleas, náuseas y vómitos. De todas las exploraciones y pruebas realizadas es interesante el descubrimiento que se hace en varios ingresos de cantidades importantes de pelos de lana y cabello humano en las heces del niño. La

mayoría de las quejas aducidas por la madre no pudieron ser confirmadas. Algunos de los diagnósticos propuestos al alta por los pediatras eran coincidentes con los teóricos síntomas, ej: sospecha de sepsis meningocócica, a pesar de que el LCR era normal y la evolución discordante. Otro diagnóstico curioso era: enuresis nocturna ocasional, cuando José Ignacio tenía tres años de edad.

Finalmente, cuando somos requeridos es durante el último periodo de estudio en consultas externas (un año de duración) por dolor abdominal y cefaleas.

En la primera entrevista con el muchacho observamos que mostraba un rechazo total al hospital, y evolucionaba hacia la individuación respecto de la madre. Tenía un nivel intelectual medio-alto, C.I.: 110 (WISC) pero sus rendimientos escolares se habían visto afectados por el absentismo motivado por las consultas.

La madre, Erundina, mantenía una actitud amistosa y de solicitud con los médicos, acaparaba la consulta y quería que la llamaran Dina para sentirse más cercana. En el ambiente hospitalario se la conocía como “la doctora”. Tenía 47 años y dos embarazos aparentemente normales, con un diagnóstico de distocia social. Las relaciones del matrimonio eran frías y conflictivas y el padre estaba ausente. Sufría trastornos del retorno venoso y tromboflebitis comprobadas y refería depresiones en tratamiento con un psicólogo, y cefaleas.

La narración de sus “profesiones” era absolutamente fantasiosa, afirmando que trabajaba en un observatorio astronómico, que era auxiliar de clínica y que había trabajado como recepcionista de un famoso pediatra, siendo ama de casa en la realidad.

Del segundo hijo, Juan José, aseguro que padecía diabetes mellitus insulino dependiente, “igual que su padre”, aunque ninguno de los dos tenía glucemias elevadas.

El tratamiento psicoterapéutico familiar del caso fue de tipo sistémico, siguiendo pautas similares a las empleadas en otros casos de Trastornos Facticios por Poderes.

Se confrontó gradualmente a la madre con la realidad reconociendo esta la invención de las convulsiones y la manipulación de los termómetros para producir fiebre, la falsificación de la macrohematuria con su propia sangre y la adición de cuerpos extraños (cabellos y lana) a las heces de su hijo.

A los tres meses las consultas dejaron de producirse, José Ignacio no presentaba ninguna dolencia y asistía normalmente a clase. Los padres consiguieron iniciar un acercamiento, ya que el padre comenzó a venir a las consultas, que continuaron durante el tiempo de seguimiento del caso para asegurar una estabilización global de la familia.



### **3.6 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO TRASTORNO FICTICIO EN LA INFANCIA CON LA MUESTRA DIAGNOSTICADA DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES**

#### **3.6.1 VARIABLES CONTINUAS**

Se comparan dos variables continuas, la edad y el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro o primeras consultas registradas en el paciente, hasta el momento del diagnostico de Trastorno Ficticio en un grupo o Síndrome de Munchausen por poderes en el otro grupo, medidas ambas en los dos grupos de niños.

#### **3.6.2 VARIABLES CATEGÓRICAS.**

Se comparan, así mismo, dos variables categóricas, el genero y la fabricación de síntomas ficticios por el propio paciente en el grupo con diagnostico de Trastorno Ficticio o por la perpetradora del Síndrome de Munchausen por poderes en el otro grupo.

### 3.7 ESTUDIO DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE MUNCHAUSEN POR PODERES

#### 3.7.1 VARIABLES CATEGÓRICAS EN LAS VÍCTIMAS

Se estudiaron siete variables categóricas que afectan a los casos de Síndrome de Munchausen por poderes y son referidas a las víctimas, mostrando los pacientes que si presentaban la variable y los que carecían de ella.

Las siete variables se detallan a continuación: existencia de síntomas producidos durante la estancia hospitalaria; persistencia de secuelas físicas secundarias a conductas de fabricación de síntomas; intervención de los Servicios de Protección al Menor; extensión del síndrome a algún hermano muerto o afectado por la misma enfermedad; constatación de yatrogenia médica y comprobación de confabulación por parte de la víctima con la perpetradora.

#### 3.7.2 VARIABLES CATEGÓRICAS EN LAS PERSONAS PERPETRADORAS.

Se estudiaron doce variables categóricas que afectan a los casos de Síndrome de Munchausen por poderes y son referidas a las perpetradoras. En nuestros casos siempre fue la madre y mostramos aquellas que si presentaban la variable y las que carecían de ella.

Las tres primeras variables eran: la constatación de maternidad biológica versus adoptada en la autora del engaño o tipo de relación

La décima variable estudiada se refiere a la existencia de graves problemas sociales en la familia, con dependencia de las ayudas sociales, fueran o no pertinentes; la onceava variable menciona si la perpetradora, habitualmente, sufría problemas en sus gestaciones con especial referencia al embarazo de la víctima.

Finalmente la última característica que estudiamos fue la existencia o no de grave conflictividad matrimonial en las familias de las perpetradoras.

### 3.8 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para la descripción de las variables se ha utilizado la media y el error estándar para las variables continuas (edad y tiempo para el diagnóstico) y la distribución de frecuencias con los correspondientes porcentajes, para las variables categóricas (que son todas las demás)

Para las variables medidas sobre los niños se trata de comparar el grupo de los que presentan la enfermedad inducida por la madre con el grupo de comparación seleccionado o pacientes que presentaban diagnóstico de Trastorno Ficticio. Cuando las variables son continuas se utiliza el test t de Student para datos independientes o el test U de Mann-Whitney dependiendo de si puede considerarse, o no, que las variabilidades son homogéneas en ambos grupos. En el caso de tener variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher para valorar la asociación entre las variables.

Para las variables medidas sobre las madres se utilizó el test exacto de Fisher ya que todas eran categóricas.

## RESULTADOS

#### 4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA TOTAL

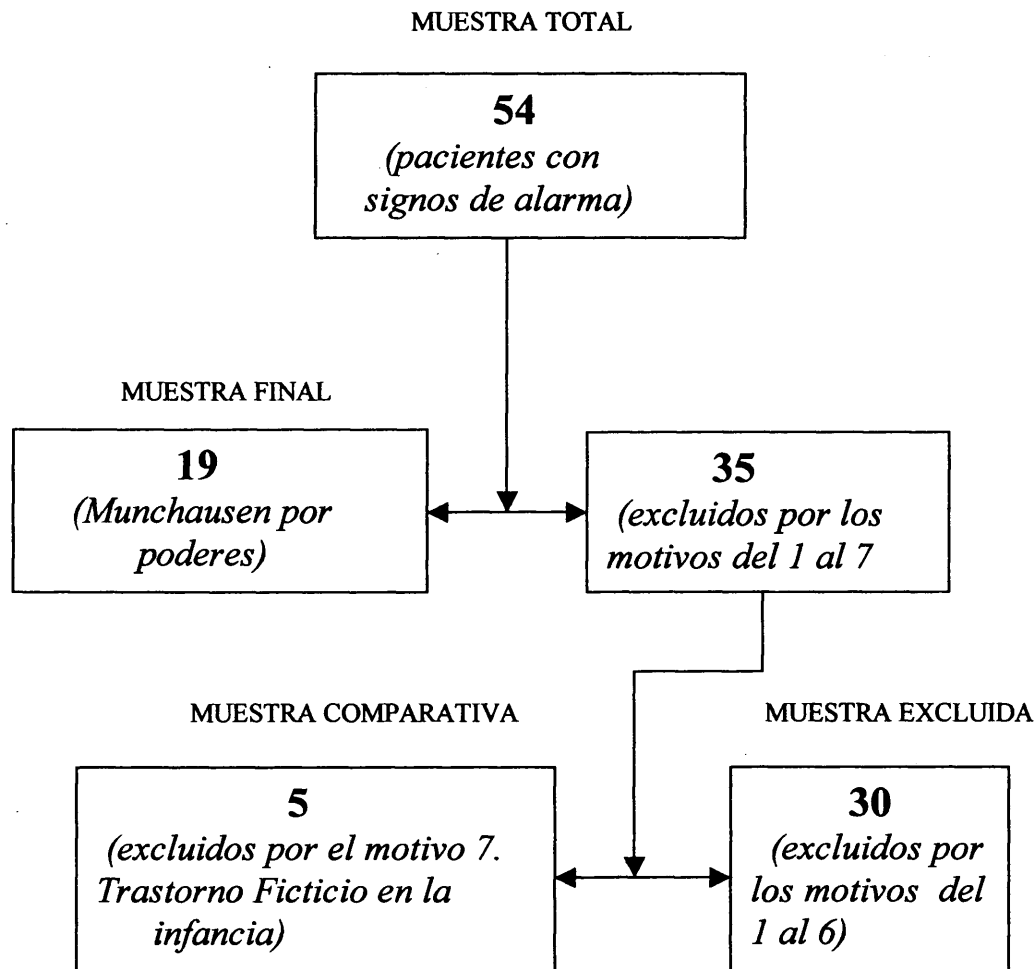
Los 54 pacientes, procedentes de 42 familias distintas, con signos de alarma para sospechar el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes, fueron estudiados para comprobar si reunían los siete criterios diagnósticos establecidos para este Síndrome.

Al no cumplir estos criterios diagnósticos para ser síndrome de Munchausen por poderes, 35 pacientes, de 27 familias, fueron excluidos y relacionados con un motivo de exclusión concreto, que iban del uno al siete.

El resto de pacientes, 19 casos, de 15 familias, si cumplieron los criterios diagnósticos para ser Síndrome de Munchausen por poderes, y pasaron a ser nuestra muestra definitiva de estudio.

Los pacientes que no cumplieron todos los criterios, se separaron en dos grupos diferentes según el motivo de exclusión con el que se les relacionaba; un primer grupo de 30 pacientes, de 22 familias, fueron excluidos totalmente por los motivos del uno al seis y un segundo grupo de 5 pacientes, de 5 familias, asociados al motivo número siete, que concretamente es ser Trastorno Ficticio en la infancia, pasaron a ser comparados con la muestra final por sus especiales características.

## 4.2 ESQUEMA DE SELECCIÓN DE MUESTRA TOTAL



### Relación de motivos de exclusión:

- 1º Imposibilidad de recoger todos los datos.
- 2º No cumplir todos los criterios diagnósticos
- 3º Ser pseudomunchausen por poderes
- 4º Tener otro diagnóstico psiquiátrico diferente
- 5º Ser un episodio único, sin otros antecedentes previos.
- 6º Presentar exclusivamente, malos tratos físicos
- 7º Ser trastorno ficticio en la infancia

### 4.3 DESCRIPCION DE LA MUESTRA EXCLUIDA

Los 35 casos que no cumplían los criterios prefijados para ser diagnosticados de Síndrome de Munchausen por poderes, se exponen a continuación, considerando diagnóstico médico, edad y género así como el motivo de exclusión que les afecta:

Motivo	Edad	Genero	Diagnostico
4	13	M	Parálisis Psíquica
4	14	M	Disfonía Laringea
4	8	M	Síndrome de Briquet
4	14	M	Síndrome de Gardner
3	15	M	Artritis Reumatoide
3	8	M	Conjuntivitis Tarsal
3	8	V	Tumor Cerebral
6	5	V	Síndrome de Landau-Kleffner
2	12	V	Sin patología diagnóstica
4	7	M	Ansiedad de separación en los padres
4	7	V	Ansiedad de separación en los padres
6	9	V	Maltrato físico
6	8	V	Maltrato físico
6	2	V	Maltrato físico
4	10	M	Dolor abdominal recurrente
4	10	V	Dolor abdominal recurrente
4	13	M	Trastorno por ansiedad excesiva infantil
1	15	M	No especificado
1	13	M	No especificado
5	10	V	Cirugía por diverticulosis
5	8	M	Cirugía por diverticulosis
4	15	M	Anorexia nerviosa
4	16	M	Crisis disociativas
4	7	V	Trastorno por negativismo
2	9	V	Diabetes mellitus insulino-dependiente
2	5	M	Asma de origen alérgico
4	12	V	"Bulling". Síndrome de acoso escolar.
5	11	M	Macrohematuria
6	10	M	Simulación
6	8	M	Simulación
7	12	V	Trastorno Ficticio en la infancia
7	8	M	Trastorno Ficticio en la infancia
7	7	V	Trastorno Ficticio en la infancia
7	10	V	Trastorno Ficticio en la infancia
7	17	M	Trastorno Ficticio en la infancia

TABLA II: Muestra excluida

#### 4.4 DESCRIPCION DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO FICTICIO EN LA INFANCIA.

De todos los casos excluidos los cinco que lo fueron por el motivo 7º, presentar diagnostico de Trastorno Ficticio en la infancia, se constituyeron en un grupo de estudio aparte por sus especiales características.

##### 4.4.1 CARACTERISTICAS GENERALES.

Se describen edad, genero, tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnostico de Trastorno Ficticio en la infancia, la existencia o no de fabricación de síntomas y por ultimo se apunta el diagnostico facticio en cada uno de los pacientes.

Edad	Genero	Tiempo hasta el diagnostico (en años)	Fabricación de síntomas	Diagnostico
12	V	3	SI	Dermatitis artefacta
8	M	0,5	SI	Estrabismo ficticio
7	V	0,25	SI	Cifoescoliosis ficticia
10	V	0,5	NO	Fiebre facticia
17	M	1	NO	Estupor ficticio

TABLA III: Trastorno Ficticio en la infancia



#### 4.5 DESCRIPCION MUESTRA FINAL CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

La muestra final que cumplía los siete criterios diagnósticos para ser Síndrome de Munchausen por poderes se concretó en 19 pacientes, pertenecientes a 15 familias.

##### 4.5.1 CARACTERISTICAS GENERALES

Se describen la edad, el genero, el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes, la existencia o no de fabricación de síntomas y por ultimo se apunta el diagnostico facticio en cada uno de los pacientes.

Edad	Genero	Tiempo hasta el diagnostico (en años)	Fabricación de síntomas	Diagnostico
4	M	1	SI	Epilepsia Ficticia
10	V	3	NO	Dolor abdominal fingido
5	M	4	SI	Intoxicación no-accidental
8	M	7	SI	Intoxicación no-accidental
13	M	12	NO	Dolor abdominal y síncope fingidos
8	M	5	SI	Intoxicación no-accidental
9	V	5	NO	Dolor abdominal fingido y retraso mental ficticio
12	M	6	NO	Dolor abdominal fingido y retraso mental ficticio
1	M	1	SI	Hipoglucemias facticias
3	V	1	NO	Cefaleas ficticias
2	V	1	NO	Cefaleas ficticias
9	V	5	SI	Intoxicación no-accidental
8	M	5	NO	Obesidad ficticia
8	V	3	NO	Cefaleas fingidas
15	V	13	NO	Cefaleas y dolor abdominal fingidos
8	M	2	NO	Paraplejia fingida
10	M	8	NO	Dolor abdominal fingido
12	V	4	NO	Dolor abdominal fingido
12	V	11	NO	Dolor lumbar fingido

TABLA IV: Munchausen por poderes

#### 4.5.2 DESCRIPCION DE LOS SINTOMAS DE LA MUESTRA CON SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Relación de síntomas aquejados por nuestros 19 pacientes o al menos referidos por la persona perpetradora del síndrome; seguido del número de casos en los que dicho síntoma se hallaba presente.

Acidosis (1 caso; 5,26%)	Hematuria (2 casos; 10,5%)
Alergia (3 casos; 15,78%)	Hepatomegalia (1 caso; 5,26%)
Alts. Inmunológicas (1 caso; 5,26%)	Hiperfagia (2 casos; 10,5%)
Alts. metabólicas no especificadas (3 casos; 15,78%)	Hipoglucemia (1 caso; 5,26%)
Amnesia (1 caso; 5,26%)	Hipohidrosis (1 caso; 5,26%)
Anemia de Fanconi (1 caso; 5,26%)	Hipokalemia (1 caso; 5,26%)
Anomalías congénitas (4 casos; 21%)	Inconsciencia-Coma (3 casos; 15,78%)
Anorexia (3 casos; 15,78%)	Infecciones inespecíficas (3 casos; 15,78%)
Apnea paroxísticas (2 casos; 10,5%)	Letargia (1 caso; 5,26%)
Ataxia (3 casos; 15,78%)	Melenas (1 caso; 5,26%)
Ausencias (1 caso; 5,26%)	Microgenitalia (1 caso; 5,26%)
Caida accidental (1 caso; 5,26%)	Miopía (1 caso; 5,26%)
Cefaleas (5 casos; 26,3%)	Nauseas (2 casos; 10,5%)
Convulsiones (9 casos; 46,8%)	Neumonía aspirativa (1 caso; 5,26%)
Criptorquidia (2 casos; 10,5%)	Obesidad (2 casos; 10,5%)
Cuerpos extraños (1 caso; 5,26%)	Parada cardio-respiratoria (1 caso; 5,26%)
Deshidratación (1 caso; 5,26%)	Parálisis (1 caso; 5,26%)
Diabetes insípida (1 caso; 5,26%)	Perdida de consciencia (2 casos; 10,5%)
Diabetes mellitus (2 casos; 10,5%)	Petequias (1 caso; 5,26%)
Diarrea (1 caso; 5,26%)	Pie plano-zambo (3 casos; 15,78%)
Disartria (1 caso; 5,26%)	Poliaquiuria (2 casos; 10,5%)
Dislexia (1 caso; 5,26%)	Pubertad precoz (1 caso; 5,26%)
Disnea paroxística (1 caso; 5,26%)	Quiste ovárico (1 caso; 5,26%)
Disuria (1 caso; 5,26%)	Rash cutáneo (1 caso; 5,26%)
Dolor (abdominal) (12 casos; 61,4%)	Retención de orina (1 caso; 5,26%)
Dolor lumbar (1 caso; 5,26%)	Retraso en desarrollo (+mental) (5 casos; 26,3%)
Dolores difusos (2 casos; 10,5%)	Retraso pondero-estatural (3 casos; 15,78%)
Enuresis (2 casos; 10,5%)	Sangrado vaginal (1 caso; 5,26%)
Epístasis (1 caso; 5,26%)	Síncope (1 caso; 5,26%)
Escoliosis (3 casos; 15,78%)	Síndrome de Bartter (1 caso; 5,26%)
Estrabismo (1 caso; 5,26%)	Somnolencia (3 casos; 15,78%)
Estreñimiento (2 casos; 10,5%)	Taquipnea (1 caso; 5,26%)
Estridor laríngeo (1 caso; 5,26%)	Trast. gastrointes. inespecífico (2 casos; 10,5%)
Fiebre (6 casos; 31,5%)	Trast. neurológico inespecífico (2 casos; 10,5%)
Fimosis (1 caso; 5,26%)	Trastornos de conducta (4 casos; 21%)
Hematomas (1 caso; 5,26%)	Vómitos (5 casos; 26,3%)

TABLA V: Síntomas referidos en los casos de Munchausen por poderes

#### 4.5.3 CARACTERÍSTICAS PARTICULARES EN LAS VÍCTIMAS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

Se estudiaron siete variables categóricas que afectan especialmente a los casos de Síndrome de Munchausen por poderes y son referidas a las víctimas, mostrando los pacientes que si presentaban la variable y los que carecían de ella.

Las siete variables se detallan a continuación: Síntomas producidos en el hospital, persistencia de secuelas físicas, intervención de los Servicios de Protección al Menor, existencia de algún hermano muerto o afectado por el mismo Síndrome, constatación de yatrogenia medica y comprobación de confabulación por parte de la víctima con la perpetradora.

síntomas hospital	secuelas físicas	interviene menores	hermanos muertos	hermanos afectados	yatrogenia	confabulación
SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI
NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO
NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO
SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI
NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO

TABLA VI: Características particulares de las víctimas de Síndrome de Munchausen por poderes.

#### 4.5.4 CARACTERISTICAS PARTICULARES DE LAS PERSONAS PERPETRADORAS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN.

Se estudiaron doce variables categóricas que afectan especialmente a los casos de Síndrome de Munchausen por poderes y son referidas a los/as perpetradores/ras. En nuestros casos siempre fue la madre la autora del engaño y mostramos aquellas que si presentaban la variable y las que carecían de ella.

Las tres primeras variables a estudiar fueron: constatación de maternidad biológica versus adoptada en la autora del engaño o tipo de relación familiar que une a la victima con su abusador/a; existencia de conocimientos o estudios relacionados con la medicina y/o enfermería y observación de signos munchausen en la vida anterior de la madre o conductas de búsqueda compulsiva de asistencia medica previas al inicio del abuso.

A continuación se analizaron la aceptación de los hechos, al menos parcialmente, ante la confrontación con la realidad o confirmación por parte de la autora de sus conductas facticias y la existencia de sentencia judicial condenatoria por síndrome de Munchausen por poderes.

Los antecedentes de abusos en la infancia de la perpetradora y la existencia de algún diagnostico psiquiátrico materno confirmado, fueron los aspectos siguientes a estudiar.

La octava variable “familia monoparental” contempla aquellas situaciones en las que la madre no convive con el padre biológico de la victima.

El termino “madre perfecta” identifica un carácter extraordinariamente colaborador, por parte de la madre, con el personal

medico, característica del síndrome de Munchausen por poderes. Esta variable identifica a un grupo de perpetradoras que son vistas, por el personal sanitario, como mujeres entregadas y solidarias con el dolor ajeno; destacándose que aquellas que no muestran esta variable positiva pertenecen, por el contrario, al otro grupo de perpetradoras, denominado por nosotros “madre conflictiva”, que implica un carácter contrario al anterior, en cuanto a nula colaboración con el personal medico y a su capacidad para hallar conflicto y enojarse, frente a todo lo relacionado con los médicos.

La décima variable se refiere a la existencia de graves problemas sociales en la familia y la numero once, menciona si la perpetradora presentaba gestaciones con malestar excesivo o sintomatología adversa especialmente referidas al embarazo de la victima.

Finalmente la ultima característica que estudiamos fue la existencia o no de conflictividad matrimonial.

Biol./ Adop	Enfer- mería	Sig. Mun- chau.	Admt. Enga- ño	Con- victa	Abuso Infant.	Enfer. Psiqui.	Famil. Mono- paren.	Madre “perf”	Prob. socia les	Emba razo malo	Con- flicto marit.
SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO
SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI
SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI

TABLA VII: Características particulares de las personas perpetradoras del Síndrome de Munchausen por poderes.

#### 4.6 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO FICTICIO EN LA INFANCIA FRENTE A LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

##### 4.6.1 VARIABLES CONTINUAS

Las dos variables continuas medidas en ambos grupos de niños, aquellos que presentan diagnóstico de Trastorno Ficticio en la infancia (5 casos) y los que se diagnosticaron de Síndrome de Munchausen por poderes (19 casos), son en primer lugar la edad y en segundo lugar el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico definitivo desde el inicio de los síntomas facticios o ficticios.

Para la edad se utilizó el test t de Student. No se detectaron diferencias significativas ( $p = 0,2050$ ) en las edades medias de ambos grupos.

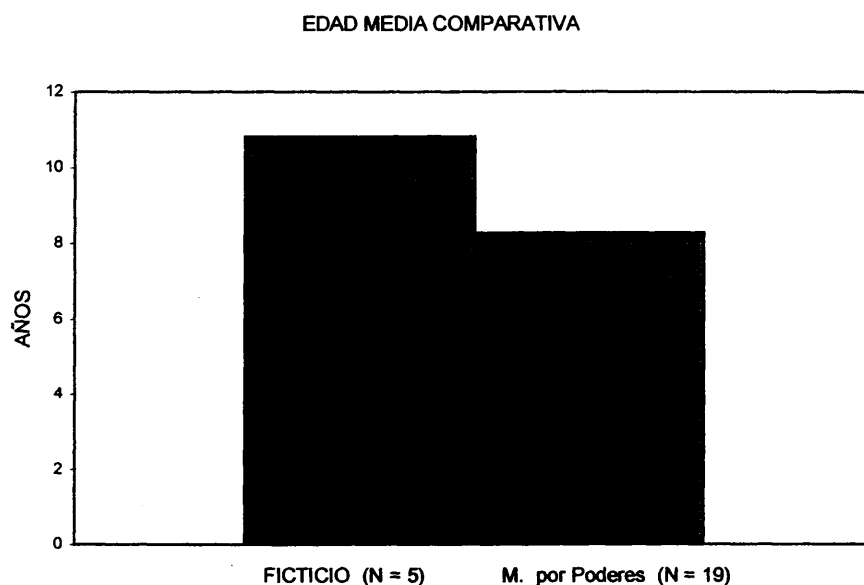
Para el tiempo de diagnóstico se utilizó el test U de Mann-Whitney ya que se detectaron diferencias en la variabilidad de ambos grupos ( $p=0,0165$ ). Se detectan diferencias altamente significativas ( $p=0,005$ ) en la tendencia central del tiempo de diagnóstico en ambos grupos.

	Ficticio	Munchausen
Edad	(n=5) 10,8 (1,77)	(n=19) 8,26 (0,89)
Tiempo de diagnóstico*	(n=5) 1,05 (0,502)	(n=19) 5,105 (0,85)

(Error estándar entre paréntesis)

\*  $p \leq 0,005$

A continuación se muestra el grafico que representa las medias de edad en ambos grupos estudiados:



Graf.1: Comparación de las edades medias de los dos grupos de niños, grupo con diagnostico Trastorno Ficticio en la infancia ( $n = 5$ ;  $\bar{X} = 10.8 \pm 3.5$ ) y grupo con diagnostico Síndrome de Munchausen por poderes ( $n = 19$ ;  $\bar{X} = 8.2 \pm 3.7$ ). La diferencia no resulta significativa. ( $p = 0,2050$ )

seguido de la aplicación del test t de Student, que no detecta diferencias significativas entre ambas. ( $p = 0,2050$ )

**Unpaired t-test for EDAD**  
**Grouping Variable: grupo**  
**Hypothesized Difference = 0**

	Mean Diff.	DF	t-Value	P-Value
comparación, experimental	2,537	22	1,306	,2050

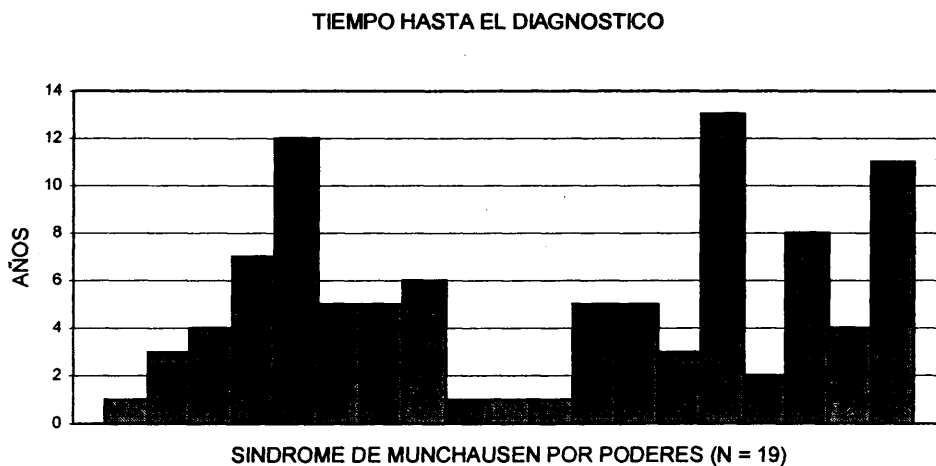
**F Test for EDAD**  
**Grouping Variable: grupo**  
**Hypothesized Ratio = 1**

	Var. Ratio	Num. DF	Den. DF	F-Value	P-Value
comparación, experimental	1,064	4	18	1,064	,9397

**Group Info for EDAD**  
**Grouping Variable: grupo**

	Count	Mean	Variance	Std. Dev.	Std. Err
comparación	5	10,800	15,700	3,962	1,772
experimental	19	8,263	14,760	3,842	,881

La siguiente figura, presenta la relación de tiempos diagnósticos desde el inicio de los síntomas hasta el momento en el que se realiza el diagnostico en los pacientes con síndrome de Munchausen por poderes.

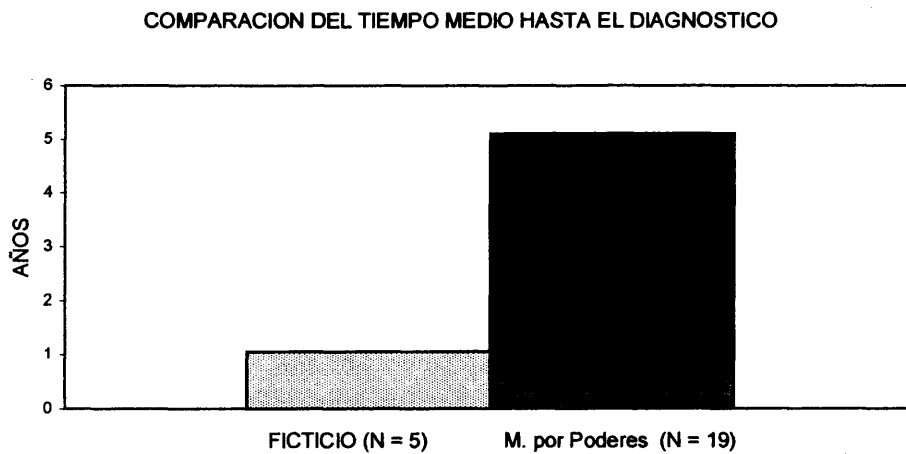


Graf. 2: Tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro, hasta el momento de realizarse el diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes, en cada uno de los 19 niños estudiados con este síndrome.



A continuación se presenta la comparación entre la media de esos tiempos diagnósticos obtenidos en nuestro grupo de afectados por Síndrome de Munchausen por poderes y la media de los tiempos diagnósticos que se encontraron en el grupo de pacientes con Trastorno Ficticio; al aplicar el test t de Student se comprobó que existían diferencias en la variabilidad de ambos grupos ( $p = 0,016$ ), por lo que se procedió a utilizar el test U de Mann-Whitney para determinar si las diferencias eran significativas.

Inicialmente, presentamos la figura que muestra la comparación entre las medias de ambos tiempos diagnósticos obtenidos en los dos grupos de niños estudiados, seguida de la aplicación del test t de Student.



Graf. 3: Comparación entre las medias de tiempo transcurrido hasta el diagnostico del grupo con Trastorno Ficticio ( $n = 5$ ;  $\bar{X} = 1.12 \pm 1$ ) con el grupo con Síndrome de Munchausen por poderes ( $n = 19$ ;  $\bar{X} = 5.10 \pm 3.5$ ).

**Unpaired t-test for tiempo DIAG**

**Grouping Variable: grupo**

**Hypothesized Difference = 0**

	Mean Diff.	DF	t-Value	P-Value
comparación, experimental	-4,055	22	-2,389	,0259

**F Test for tiempo DIAG**

**Grouping Variable: grupo**

**Hypothesized Ratio = 1**

	Var. Ratio	Num. DF	Den. DF	F-Value	P-Value
comparación, experimental	,092	4	18	,092	,0165

**Group Info for tiempo DIAG**

**Grouping Variable: grupo**

	Count	Mean	Variance	Std. Dev.	Std. Err
comparación	5	1,050	1,262	1,124	,502
experimental	19	5,105	13,655	3,695	,848

A continuación se muestra la aplicación del test U de Mann-Whitney Rank a las diferencias en el tiempo para el diagnostico. Esta prueba nos permite concluir que las diferencias son altamente significativas ( $p = 0,0047$ ).

**Mann-Whitney U for tiempo DIAG**

**Grouping Variable: grupo**

U	8,000
U Prime	87,000
Z-Value	-2,808
P-Value	,0050
Tied Z-Value	-2,830
Tied P-Value	,0047
# Ties	5

**Mann-Whitney Rank Info for tiempo DIAG**

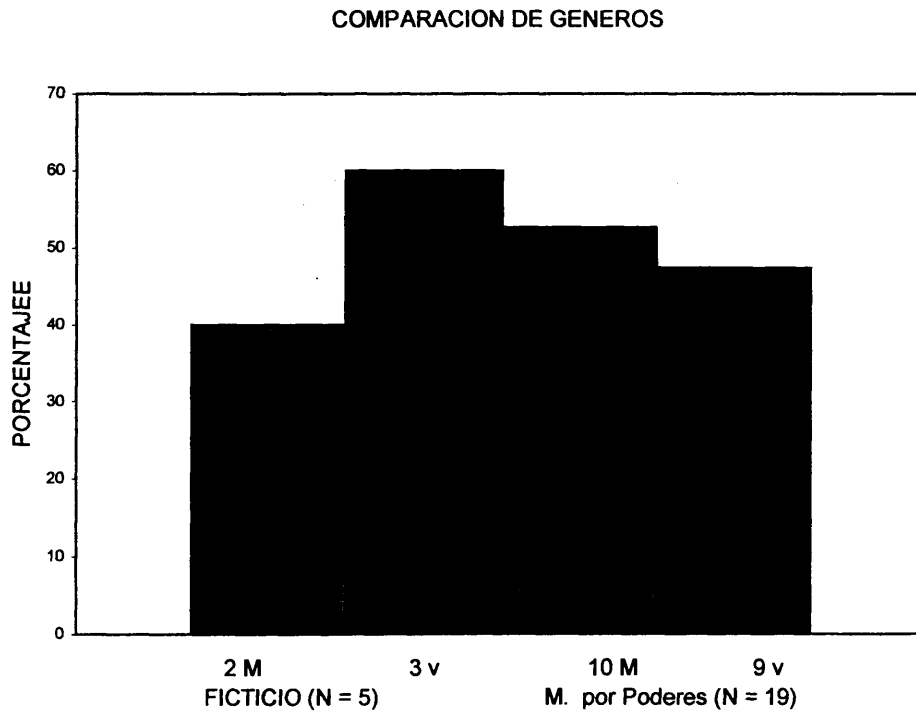
**Grouping Variable: grupo**

	Count	Sum Ranks	Mean Rank
comparación	5	23,000	4,600
experimental	19	277,000	14,579

#### 4.6.2 VARIABLES CATEGORICAS

A continuación se muestra la aplicación del test exacto de Fisher para valorar la asociación entre las diferentes proporciones de los dos géneros, femenino y masculino, que se dan en la muestra con Trastorno Ficticio y la muestra con Síndrome de Munchausen por poderes, que no resulta significativa. ( $p > 0,9999$ ).

Inicialmente, mostramos el grafico que presenta la proporción de pacientes de ambos sexos que había en los dos grupos estudiados:



Graf. 4: Comparación de los porcentajes de representantes de ambos sexos en el grupo de Trastorno Ficticio respecto del grupo con Síndrome de Munchausen por poderes.(40-60 % mujeres-hombres, en el primer grupo y 52,6-47,4 % en el segundo)

seguido de la aplicación del test exacto de Fisher.

Summary Table for grupo, Genero

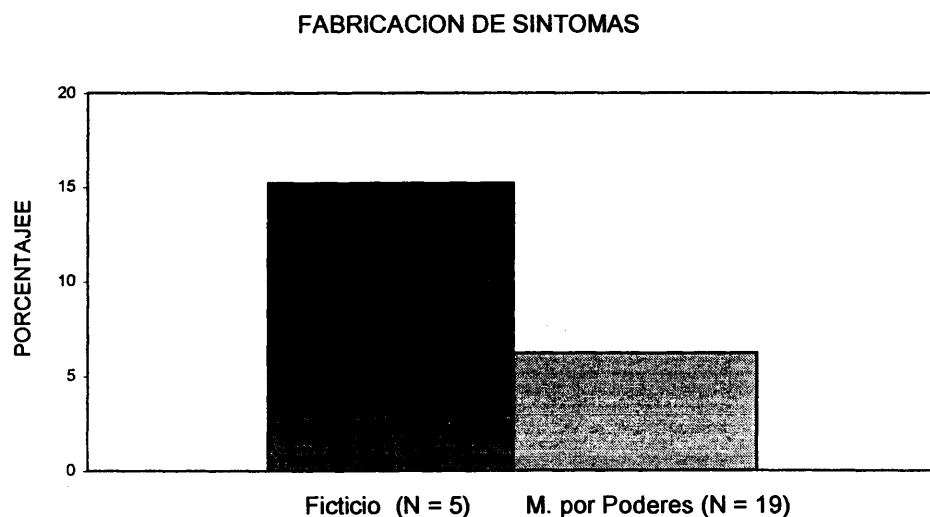
Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	,253
Chi Square P-Value	,6152
G-Squared	,254
G-Squared P-Value	,6143
Contingency Coef.	,102
Phi	,103
Cty. Cor. Chi Square	0,000
Cty. Cor. P-Value	>,9999
Fisher's Exact P-Value	>,9999

Observed Frequencies for grupo, Genero

	Niño	Niña	Totals
comparación	3	2	5
experimental	9	10	19
Totals	12	12	24

Así mismo, se aplicó el test exacto de Fisher para valorar la asociación entre la variable fabricación de síntomas mostrada por los dos grupos en estudio; dicha valoración no resultó significativa pero en gran medida esto se debe a lo pequeño de la muestra con la que trabajamos.

A continuación se muestra el grafico que presenta el porcentaje de casos en los que se detectaban síntomas fabricados:



Graf. 5 : Muestra la comparación entre las medias de fabricación de síntomas halladas en los dos grupos de niños.

seguido de la aplicación del test exacto de Fisher:

**Summary Table for grupo, Fabricar sintó**

Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	1,364
Chi Square P-Value	,2428
G-Squared	1,326
G-Squared P-Value	,2495
Contingency Coef.	,232
Phi	,238
Cty. Cor. Chi Square	,421
Cty. Cor. P-Value	,5164
Fisher's Exact P-Value	,3256

**Observed Frequencies for grupo, Fabricar sintó**

	Si	No	Totals
comparación	3	2	5
experimental	6	13	19
Totals	9	15	24

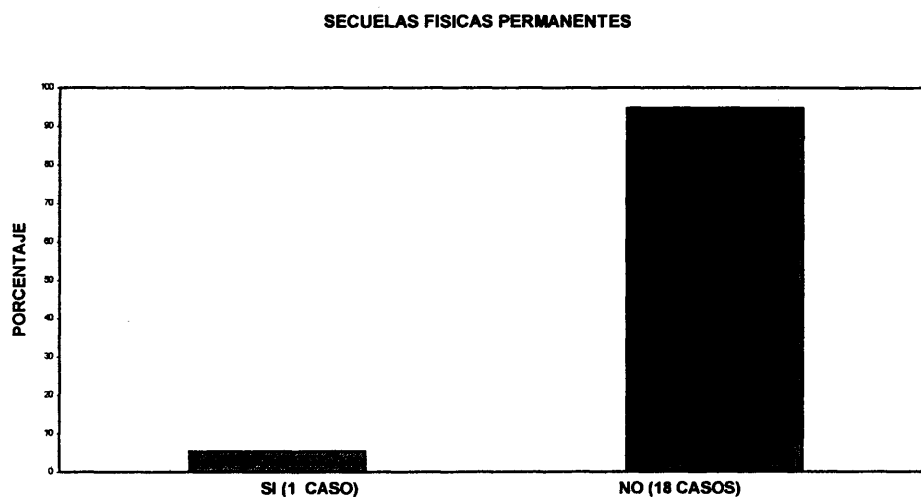
## 4.7 ESTUDIO DE LA MUESTRA CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

### 4.7.1 VARIABLES CATEGÓRICAS EN LAS VICTIMAS

El resto de variables medidas en los niños pertenecientes al grupo con diagnostico de Síndrome de Munchausen por poderes, fueron todas categóricas y pasamos a describirlas junto a sus frecuencias de distribución.

El primer aspecto estudiado fue la constatación de secuelas físicas permanentes en los niños, secundarias al síndrome, únicamente se detectaron en un caso, como se expone

a continuación:



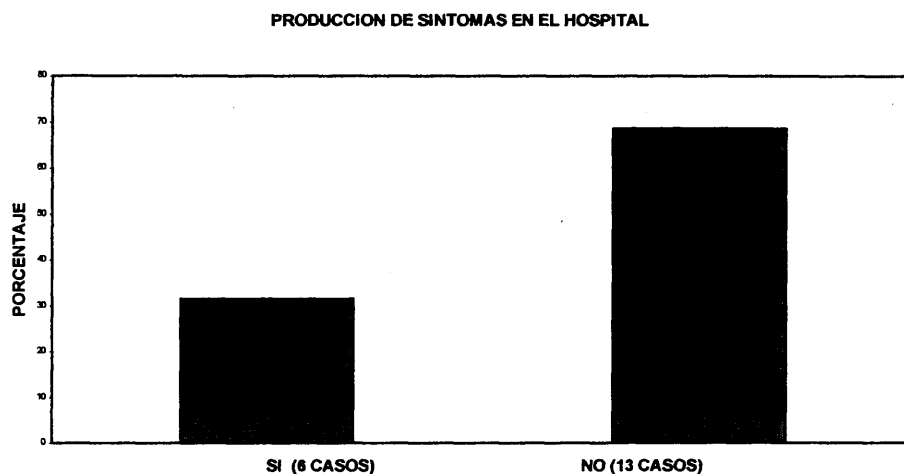
**Frequency Distribution for secuelas fisic**

	Count	Percent
1	1	5,263
2	18	94,737
Total	19	100,000

Graf. 6: Muestra el porcentaje de secuelas físicas permanentes que se produjo en nuestro grupo con Síndrome de Munchausen por poderes.

La siguiente variable estudiada fue la existencia de sintomatología observable en los niños con Síndrome de Munchausen por poderes,

durante la estancia hospitalaria y se muestra en la próxima figura:



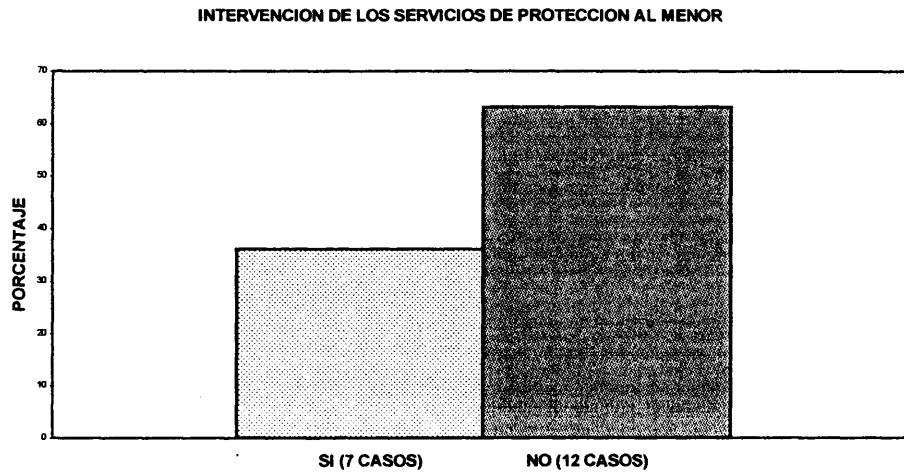
**Frequency Distribution for Sintom hosp**

	Count	Percent
1	6	31,579
2	13	68,421
Total	19	100,000

Graf. 7: Muestra el porcentaje de nuestros pacientes que presentaban síntomas durante su estancia hospitalaria.

A pesar de haber informado protocolariamente, en todos los casos, al servicio de protección de menores de la existencia de los mismos, se valoran únicamente aquellos en los que el servicio de menores hizo una intervención concreta.

A continuación se muestra la figura que presenta los casos en los que hubo intervención de los servicios de protección de menores:



**Frequency Distribution for MENORES**

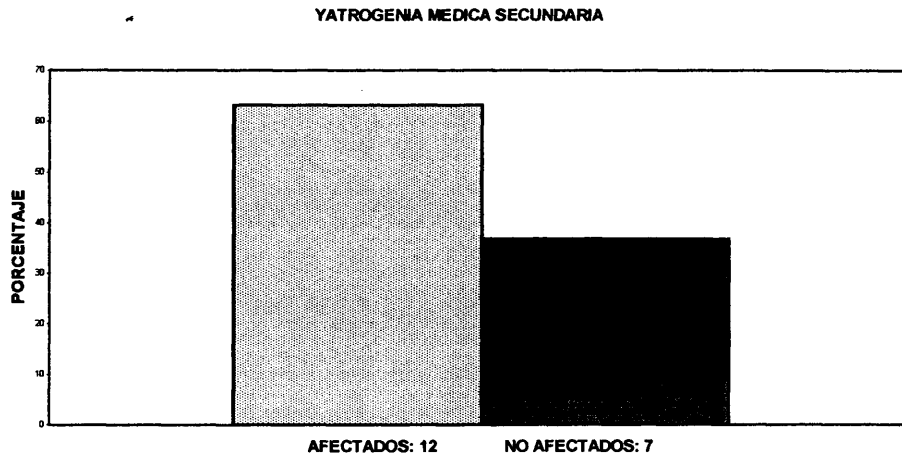
	Count	Percent
1	7	36,842
2	12	63,158
Total	19	100,000

Graf. 8: Muestra el porcentaje de casos en los que fue contrastada la intervención de los servicios de protección al menor.

La siguiente variable objeto de estudio, determinó los casos en los que se había producido una yatrogenia medica constatable o con algún grado de secuela.



A continuación se presenta el grafico que muestra los casos en los que se produjo yatrogenia medica.



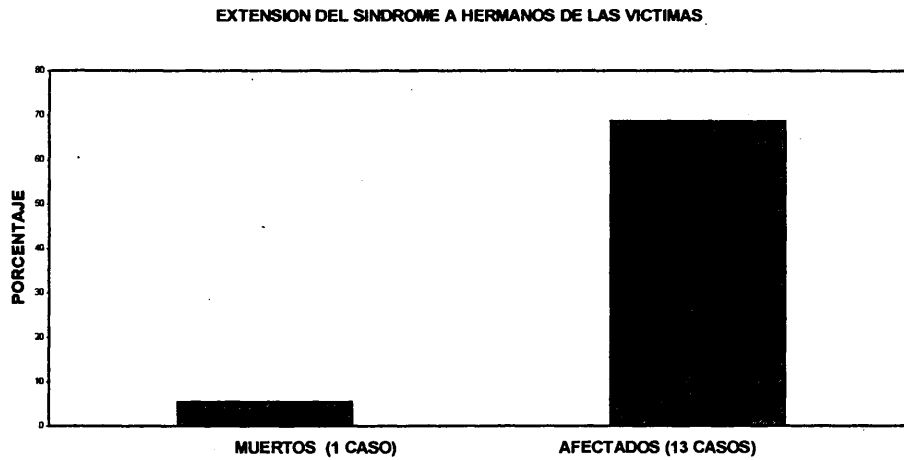
**Frequency Distribution for YATROGENIA**

	Count	Percent
1	12	63,158
2	7	36,842
Total	19	100,000

Graf. 9: Muestra el porcentaje de casos en los que se observó yatrogenia médica secundaria al Síndrome de Munchausen por poderes, que pudiera ser considerada relevante.

A continuación la figura 11 nos indica dos aspectos diferentes incluidos en la extensión del síndrome a hermanos de la víctima, que son por una parte, los hermanos fallecidos por conductas Munchausen y

por otra, los aquejados de dichas conductas en mayor o menor grado.



**Frequency Distribution for HERM MUER**

	Count	Percent
1	1	5,263
2	18	94,737
Total	19	100,000

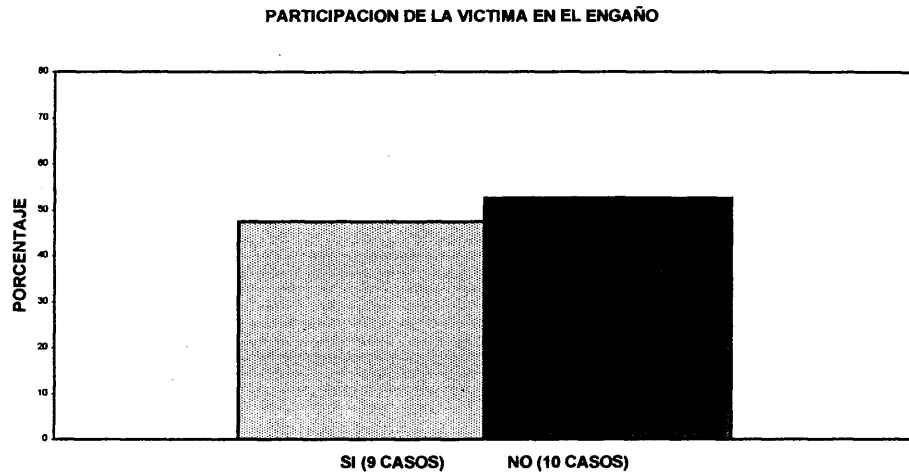
**Frequency Distribution for HERM AFECT**

	Count	Percent
1	13	68,421
2	6	31,579
Total	19	100,000

Graf. 10: Muestra el porcentaje de casos que presentaban víctimas mortales en la fratria o hermanos afectados del mismo Síndrome, entre los 19 pacientes de nuestro estudio.

La ultima variable que estudiamos, referida a las víctimas, fue determinar cuantos niños de nuestro grupo de estudio participaban o colaboraban con la madre en la fabricación de los signos y

síntomas. A continuación se muestra el resultado:



**Frequency Distribution for confabula**

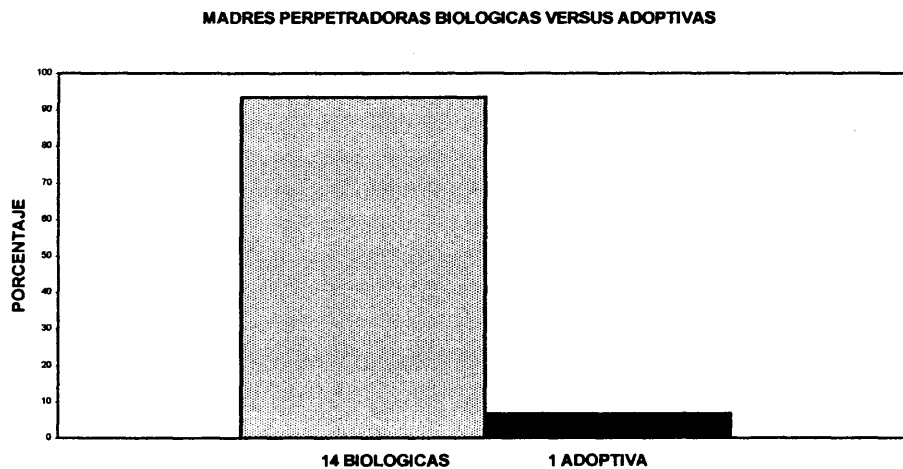
	Count	Percent
1	9	47,368
2	10	52,632
Total	19	100,000

Graf. 11: Muestra el porcentaje de víctimas que colaboraban o confabulaban con la autora del engaño.

#### 4.7.2 VARIABLES CATEGÓRICAS EN LAS PERPETRADORAS

A continuación pasamos a describir doce variables relativas a las autoras del engaño de las que mostraremos sus distribuciones de frecuencias con los correspondientes porcentajes. Finalmente, analizaremos varias asociaciones consideradas interesantes, a través de la aplicación del test exacto de Fisher, ya que se trata de variables categóricas.

La primera de ellas se refiere a la relación familiar que une a la persona perpetradora con la víctima; en nuestra muestra, todas las perpetradoras son madres biológica o adoptivamente de las víctimas. Como se muestra a continuación.



**Frequency Distribution for BIOL/ADOPT**

	Count	Percent
1	14	93,333
2	1	6,667
Total	15	100,000

Graf. 12: Muestra el porcentaje de autoras del síndrome que no eran madres biológicas de las víctimas con relación a las que si lo eran.

La siguiente figura muestra el numero de estas madres que poseían conocimientos de medicina o de enfermería.



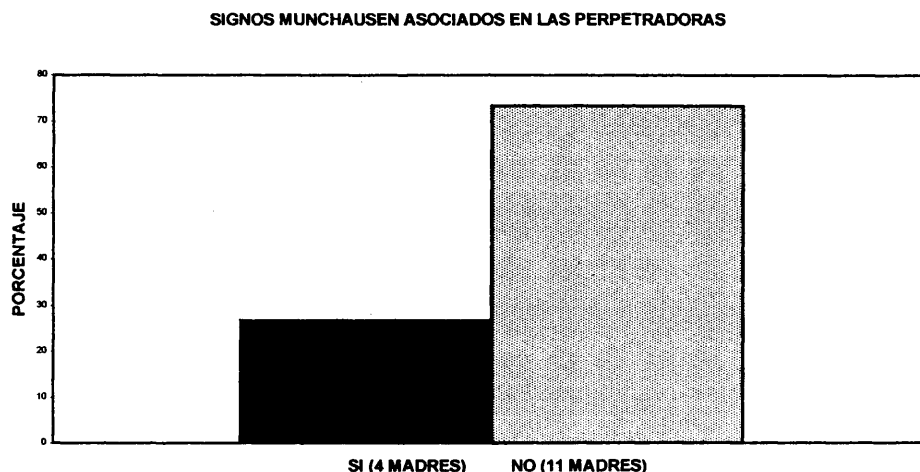
**Frequency Distribution for ENFERMERIA**

	Count	Percent
1	3	20,000
2	12	80,000
Total	15	100,000

Graf. 13: Número de madres que en nuestra muestra poseían conocimientos de enfermería frente a las que no los poseían.

La próxima variable estudiada, signos Munchausen asociados, se refiere a la existencia de antecedentes de múltiples consultas medicas o

conductas de búsqueda de ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas en las madres mismas.



**Frequency Distribution for SIG. MUNCHA**

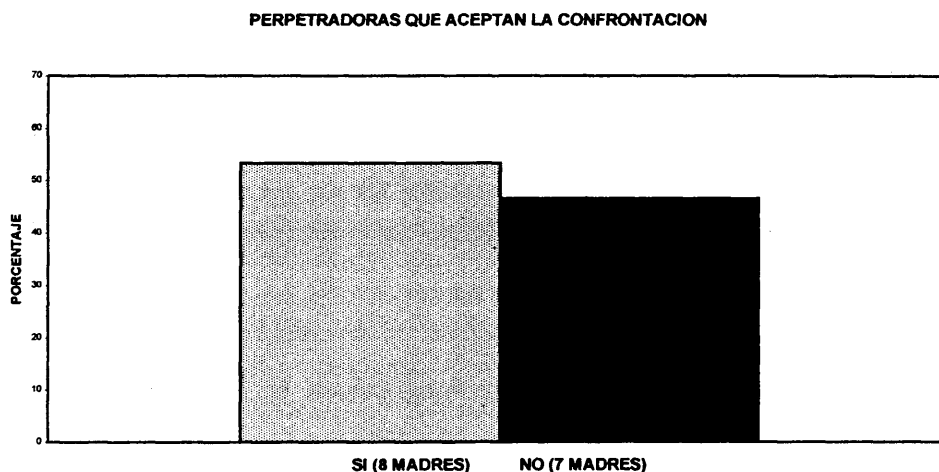
	Count	Percent
1	4	26,667
2	11	73,333
Total	15	100,000

Graf. 14: Número de madres que presentaban signos Munchausen entre sus antecedentes antes de ser diagnosticadas como autoras de un Síndrome de Munchausen por poderes.

La siguiente variable que estudiamos fue identificar que madres aceptaban la confrontación con la realidad frente a las que no lo hacían.

A continuación se presenta el porcentaje de estas madres que cuando fueron confrontadas por nosotros, aceptaron al menos

parcialmente que habían inventado y falsificado síntomas en sus propios hijos.



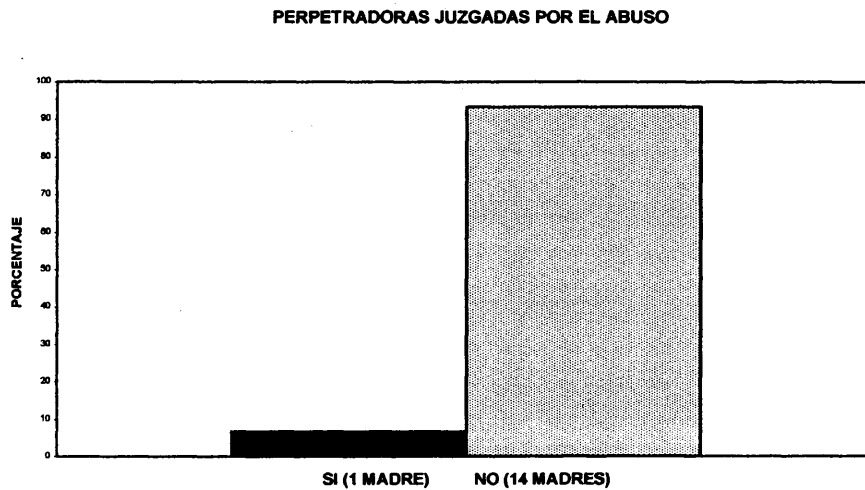
**Frequency Distribution for ADMIT ENGA**

	Count	Percent
1	8	53,333
2	7	46,667
Total	15	100,000

Graf. 15: Porcentaje de madres que aceptan la confrontación con los hechos reales, al menos parcialmente.

Un aspecto muy importante a considerar, es la existencia de sentencia judicial referida a una acusación de Síndrome de Munchausen por poderes entre las autoras de nuestra muestra.

Se muestra en el próximo grafico.



**Frequency Distribution for CONVICTA**

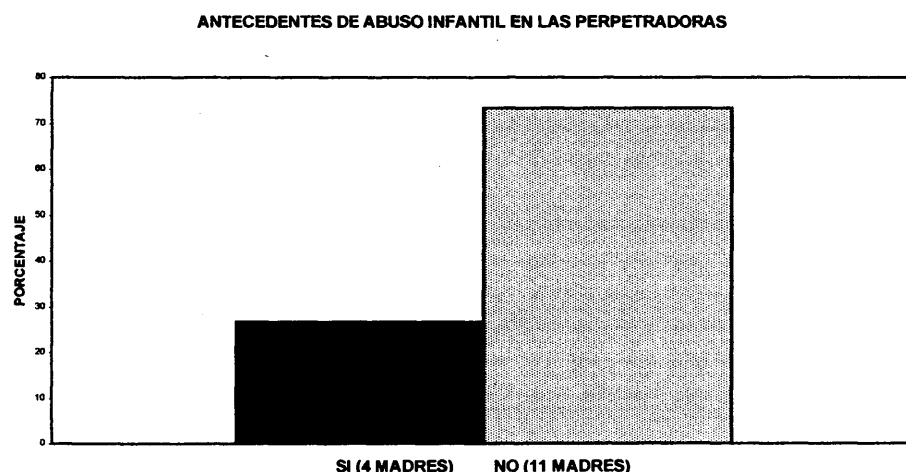
	Count	Percent
1	1	6,667
2	14	93,333
Total	15	100,000

Graf. 16: Únicamente, una madre en nuestra muestra fue juzgada y declarada culpable de causar un Síndrome de Munchausen por poderes en sus hijos.

La variable referida a la existencia de abusos en la infancia de las autoras del síndrome nos parece muy interesante aunque lamentablemente en los informes clínicos no siempre figuraba adecuadamente recogida esta información, existiendo sospechas



fundadas de porcentajes superiores de infancias al menos negligidas en los antecedentes de las perpetradoras. Mostrándose a continuación nuestros resultados.



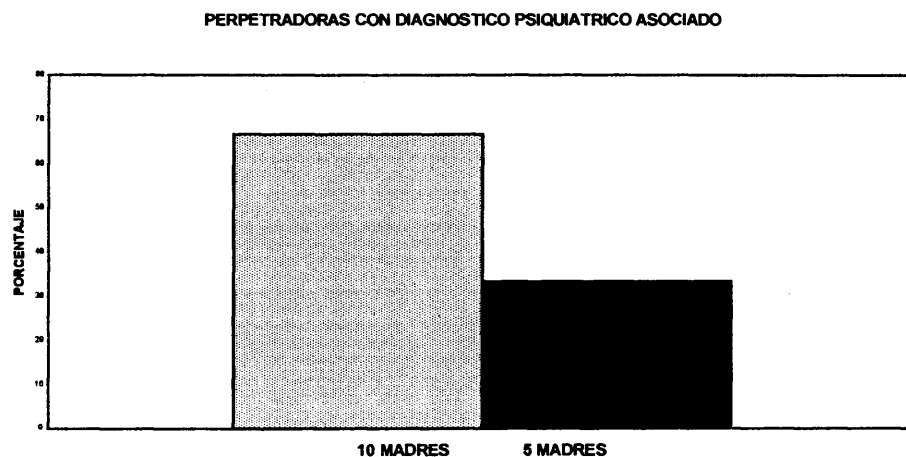
**Frequency Distribution for ABUSOS INF**

	Count	Percent
1	4	26,667
2	11	73,333
Total	15	100,000

Graf. 17: Porcentaje de madres que presentaban antecedentes de haber tenido infancias maltratadas o abusos sexuales.

Así mismo resulta muy importante la comprobación de patología psiquiátrica asociada en la madres causantes de Síndrome de Munchausen por poderes.

A continuación se muestra el porcentaje de madres que presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico.



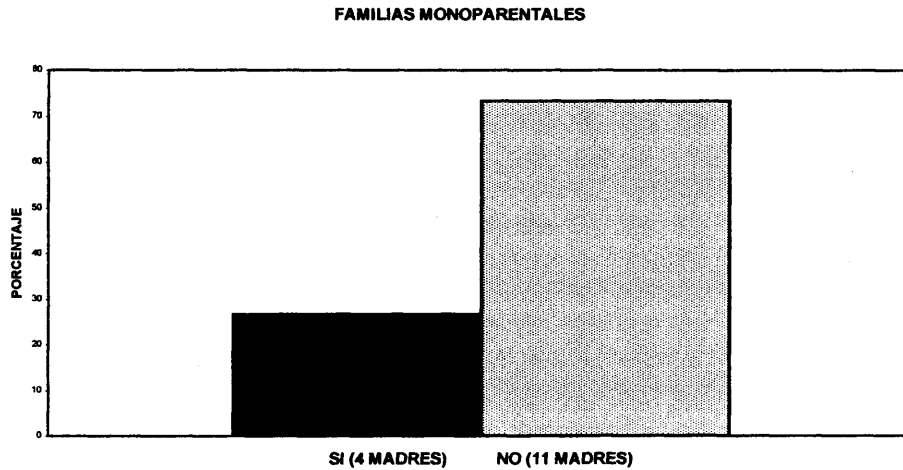
**Frequency Distribution for ENF. PSIQUIA**

	Count	Percent
1	10	66,667
2	5	33,333
Total	15	100,000

Graf. 18: Porcentaje de madres que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico asociado, entre las 15 autoras de nuestra muestra.

Nos pareció, así mismo, interesante conocer en cuantos casos la madre mantenía una relación de convivencia domestica con el padre biológico de la victima.

La próxima figura muestra el numero de madres que no vivían con el padre biológico de las victimas, constituyendose por lo general en familias monoparentales.



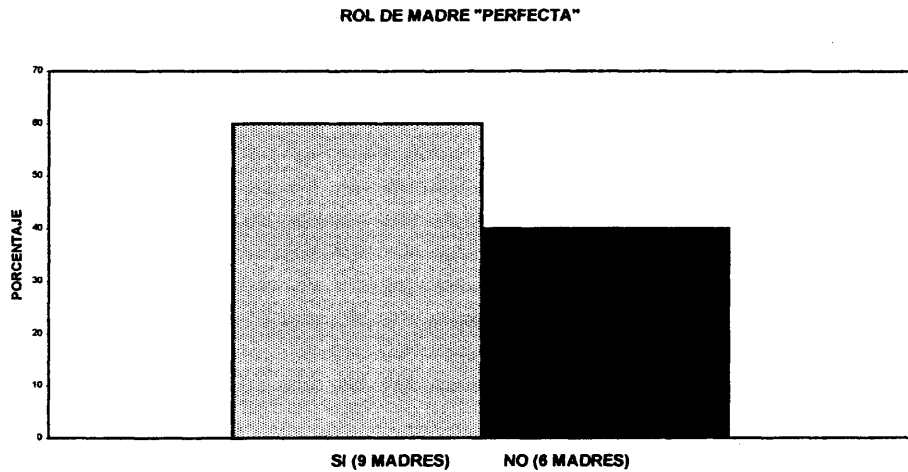
**Frequency Distribution for MONOPAREN**

	Count	Percent
1	4	26,667
2	11	73,333
Total	15	100,000

Graf. 19: Muestra el porcentaje de madres que no convivían con el padre biológico de los hijos frente a las que si lo hacían.

La siguiente variable, rol de madre “perfecta”, es un artificio creado por nosotros para denominar una actitud mantenida por la madre y apreciada por el personal sanitario. Invariablemente, aquellas madres

que no tenían este rol pasaban a identificarse con el rol contrario o rol de madre “conflictiva”.



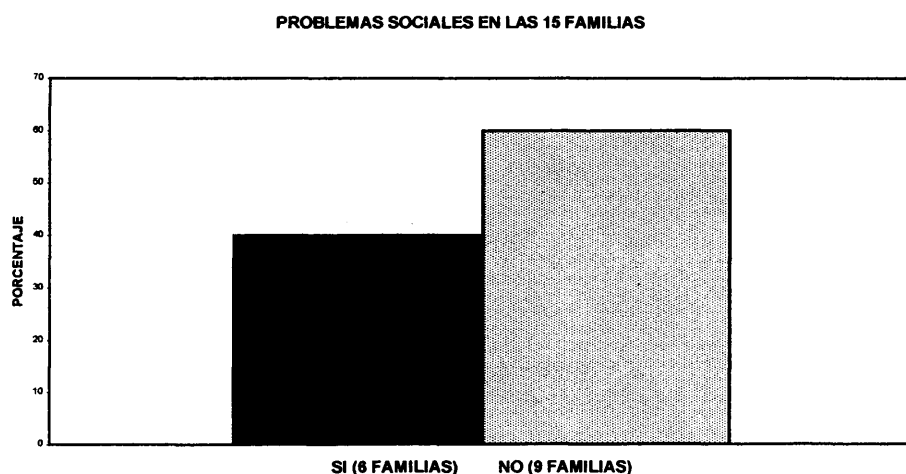
**Frequency Distribution for MADRE PERF**

	Count	Percent
1	9	60,000
2	6	40,000
Total	15	100,000

Graf. 20: Muestra el porcentaje de madres que mantenían un rol de “madre perfecta” frente a las que mantenían un rol de “madre conflictiva”.

La siguiente variable que estudiamos, fue la existencia de problemas sociales en estas familias.

En el próximo grafico se muestra el porcentaje de estas familias que referían la existencia de necesidades económicas o de algún tipo de ayuda social para mejorar su nivel de calidad de vida.



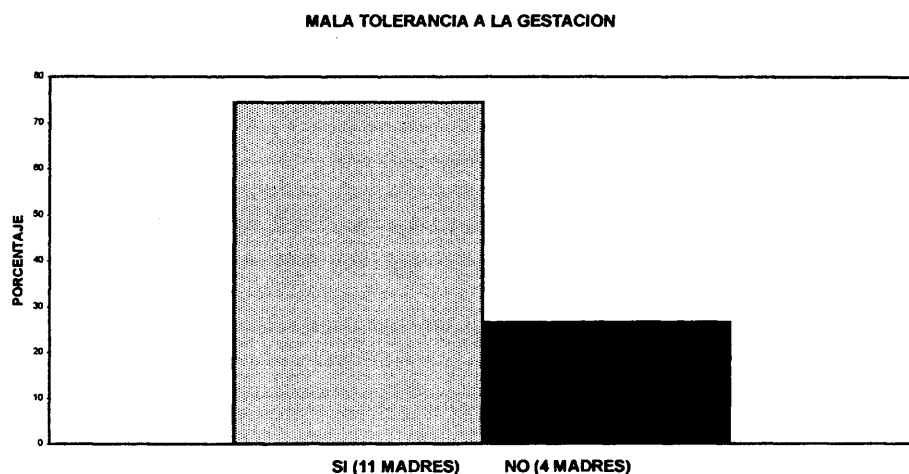
**Frequency Distribution for PROBL social**

	Count	Percent
1	6	40,000
2	9	60,000
Total	15	100,000

Graf. 21: Porcentaje de familias que tenían algún tipo de problema social.

La siguiente variable que estudiamos, se refiere en general a la mala tolerancia a las gestaciones en las perpetradoras; y en particular, a la de la víctima.

El grafico a continuación, muestra el porcentaje de madres que presentaron esta alteración:



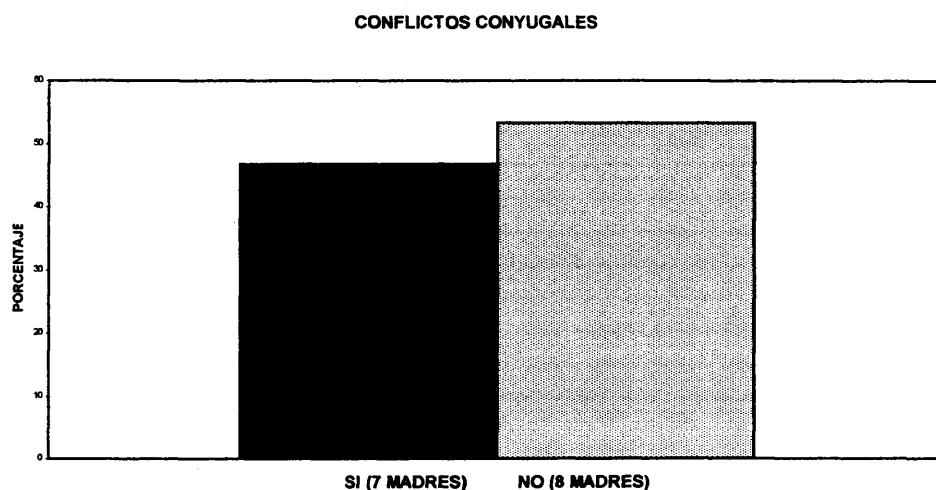
**Frequency Distribution for EMBAR malo**

	Count	Percent
1	11	73,333
2	4	26,667
Total	15	100,000

Graf. 22: Porcentaje de madres que referían molestias y trastornos significativos durante los embarazos.

Finalmente, el ultimo aspecto que estudiamos referido a las perpetradoras fue el porcentaje de casos en los que se daban graves conflictos conyugales y/o de relación de pareja.

La figura numero 23 nos presenta el porcentaje de casos en los que se detectaron estos problemas.



**Frequency Distribution for conflictoCONY**

	Count	Percent
1	7	46,667
2	8	53,333
Total	15	100,000

Graf. 23: Porcentaje de conflictos conyugales o de pareja en este grupo de mujeres.

#### 4.7.2.1 ASOCIACIONES DE INTERES ENTRE VARIABLES CATEGÓRICAS DE LAS PERPETRADORAS

Solamente se seleccionaron algunas asociaciones de interés que mostramos a continuación, utilizandose el test exacto de Fisher para valorar la significación de la asociación.

La primera asociación buscada fue entre la existencia de signos Munchausen hallados en los antecedentes clínicos de la propia madre perpetradora y la actitud mantenida por esta y evidenciada por el personal asistencial, que nosotros definimos como la variable categórica, rol de madre “perfecta”.

Summary Table for SIG. MUNCHA, MADRE PERF

Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	2,784
Chi Square P-Value	,0952
G-Squared	2,801
G-Squared P-Value	,0942
Contingency Coef.	,396
Phi	,431
Cty. Cor. Chi Square	1,237
Cty. Cor. P-Value	,2660
Fisher's Exact P-Value	,2352

Observed Frequencies for SIG. MUNCHA, MADRE PERF

	1	2	Totals
1	1	3	4
2	8	3	11
Totals	9	6	15

GRAF. 24 : No se detecta asociación significativa entre “signos Munchausen” y “madre perfecta” ( $p=0,2352$ )

Precisamente, la segunda asociación buscada resultó ser la mas significativa de todas. Esta asociación fue entre la adecuada respuesta total o parcial de la perpetradora ante la confrontación con la realidad y



el rol de madre “perfecta” atribuido por el personal sanitario a algunas de ellas.

**Summary Table for ADMIT ENGA, MADRE PERF**

Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	5,402
Chi Square P-Value	,0201
G-Squared	5,786
G-Squared P-Value	,0162
Contingency Coef.	,515
Phi	,600
Cty. Cor. Chi Square	3,353
Cty. Cor. P-Value	,0671
Fisher's Exact P-Value	,0406

**Observed Frequencies for ADMIT ENGA, MADRE PERF**

	1	2	Totals
1	7	1	8
2	2	5	7
Totals	9	6	15

**Percents of Row Totals for ADMIT ENGA, MADRE PERF**

	1	2	Totals
1	87,500	12,500	100,000
2	28,571	71,429	100,000
Totals	60,000	40,000	100,000

**Percents of Column Totals for ADMIT ENGA, MADRE PERF**

	1	2	Totals
1	77,778	16,667	53,333
2	22,222	83,333	46,667
Totals	100,000	100,000	100,000

GRAF. 25 : Se detecta asociación significativa entre las madres que “admiten el engaño” y las “madres perfectas” ( $p=0,0406$ )

La tercera asociación buscada es de particular importancia y por ello será cuidadosamente examinada en la discusión. Se trata de analizar la relación entre la existencia de todo tipo de abusos, incluidos los

sexuales, en la infancia de la perpetradora y el hallazgo de diagnósticos psiquiátricos en la misma, en el momento de realizarse el estudio.

**Summary Table for ABUSOS INF, ENF. PSIQUIA**

Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	,170
Chi Square P-Value	,6797
G-Squared	,176
G-Squared P-Value	,6747
Contingency Coef.	,106
Phi	,107
Cty. Cor. Chi Square	0,000
Cty. Cor. P-Value	>,9999
Fisher's Exact P-Value	>,9999

**Observed Frequencies for ABUSOS INF, ENF. PSIQUIA**

	1	2	Totals
1	3	1	4
2	7	4	11
Totals	10	5	15

GRAF.26: No se detecta asociación significativa entre “abusos infantiles” y “enfermedades psiquiátricas”. ( $p>0,9999$ )

La cuarta asociación entre abusos en la infancia de la autora del engaño y los conflictos conyugales tampoco obtuvo un resultado significativo.

**Summary Table for ABUSOS INF, conflictoCONY**

Num. Missing	0
DF	1
Chi Square	1,759
Chi Square P-Value	,1847
G-Squared	1,808
G-Squared P-Value	,1787
Contingency Coef.	,324
Phi	,342
Cty. Cor. Chi Square	,609
Cty. Cor. P-Value	,4353
Fisher's Exact P-Value	,2821

**Observed Frequencies for ABUSOS INF, conflictoCONY**

	1	2	Totals
1	3	1	4
2	4	7	11
Totals	7	8	15

GRAF. 27: No se detecta asociación significativa entre “abusos infantiles” y “conflictos conyugales” ( $p= 0,2821$ )

No se detectaron asociaciones significativas en el resto de las comparaciones planificadas.

## DISCUSSION

## 5.1 DISCUSION GENERAL DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Prácticamente todos los médicos y profesionales de la salud han oído hablar del síndrome de Munchausen. Casi todos los pediatras conocen la existencia de un grupo de niños maltratados sutilmente, que se engloban bajo el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes (Feldman y cols., 2002).

A pesar de la certeza actual de una mayor prevalencia de la que se atribuía previamente al síndrome de Munchausen por poderes (Amegavie, 1986), la escasez de casos publicados en nuestro país, así como en el resto del mundo, puede deberse a la reconocida complejidad diagnóstica de esta grave y rara enfermedad.

La dificultad que reviste asegurar en la práctica el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes esta reconocida universalmente (Sheridan, 2003) y es evidente si objetivamos que en nuestros resultados pasamos de 54 niños con sospecha de diagnóstico inicial de dicho síndrome a 19 niños (35,2%) en los que se pudo confirmar la sospecha inicial.

La existencia de signos de alarma (Tabla 1), en todos los casos estudiados, responsable en principio del diagnóstico tentativo inicial, hace que sea necesario aplicar unos criterios precisos, que permitan ajustar el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes de forma inequívoca. Esta mayor precisión en el diagnóstico será fundamental para seguir su incidencia, curso y evolución. Conocer la prevalencia de este síndrome resulta especialmente complicado, habiendo sido propuesto por el grupo de expertos de apoyo a la APSAC, la creación de

un registro internacional de casos, (Ayoub y cols., 2003), propuesta a la que nosotros nos adherimos.

Las dificultades se basan en la gran cantidad de diagnósticos diferenciales que plantea el síndrome (Feldman & Ford, 2000) (aspecto que será discutido en 5.4) y en la necesidad de utilizar métodos opuestos a los de la medicina científico-técnica, actuando el médico como un detective cuando investiga en la mezcla de síntomas que le refiere el/la perpetrador/a (Jiménez y Figuerido, 1996) (será discutido en 5.5.2).

Otro parámetro que añade dificultad a este diagnóstico es la falta de uniformidad en las características que identifican al o la perpetrador/a, que pasan por la consideración de la existencia de una patología psiquiátrica y la definición de un perfil preciso (Schreier & Libow, 1993a), considerando así mismo el tipo especial de relación víctima-perpetrador frente al pediatra.

## 5.2 DISCUSION DE LA MUESTRA EXCLUIDA

Los motivos que nos permitieron excluir 35 (64,8%) de los 54 pacientes iniciales (Tabla II) dan idea de la facilidad con la que puede ser aplicado el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes, en función de una serie de signos “raros” (Tabla I) que pueden estar presentes, sin que luego se pueda confirmar, en nuestra opinión, la totalidad del cuadro.

La relación de los 35 pacientes en los que el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes no pudo confirmarse (Tabla III), se presenta seguida del o los motivos para su exclusión, siempre precedidos por la aplicación y discordancia con los 7 criterios diagnósticos propuestos previamente por nosotros.

El motivo 4 que consistía en tener otro diagnóstico psiquiátrico diferente estuvo presente en el 37,1% de los casos (13 casos), siendo con mucho el más frecuente, seguido del motivo 6 o presentar exclusivamente malos tratos físicos, que pueden incluir abuso sexual o negligencia y que fue la causa en el 17,1% (6 casos). A continuación, ser trastorno ficticio en la infancia, o motivo 7, lo fue en el 14,2% de los casos.

Los motivos 2 (no cumplir todos los criterios diagnósticos), 3 (ser pseudomunchausen por poderes) y 5 (ser un episodio único, sin otros antecedentes previos), estuvieron presentes, cada uno de ellos, en el 8,5% de los casos (3 casos). Finalmente, la imposibilidad de recoger todos los datos o motivo 1 solo se dio en un caso que afectaba a dos hermanas. Por ello, se ha contabilizado como dos pacientes. Los padres de ambas emprendieron la huida de las urgencias pediátricas, donde estaban siendo estudiadas sus hijas, antes de llegar al diagnóstico.

Debemos aclarar que durante diferentes periodos en cada caso, todos los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tuvieron tentativamente el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes. Luego, se podrían contabilizar como pseudomunchausen por poderes, de forma que el porcentaje de falsos positivos podría haber sido del 45,6% (16 casos). La tremenda incidencia de falsos positivos en los que subyace un diagnóstico psiquiátrico se discute más adelante (apartado 5.5).

### 5.3 DISCUSION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Hemos partido de la base existente en la literatura científica (Rosenberg, 1987) y de las clasificaciones diagnósticas internacionales (CIE-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000) para obtener los criterios 1, 2 y 3

que son necesarios, pero no suficientes, para definir el síndrome. La aplicación de estos tres criterios esta básicamente dirigida, en nuestra opinión, a la detención de los abusos. Aunque, su uso exclusivo, puede llevar con facilidad a los temidos “falsos positivos” o pseudomunchausen por poderes ( Meadow, 1993a), a una deficiente peritación medica en los casos en los que se precise intervención forense (Chadwick.& Krouse, 1997) y a una inadecuada rehabilitación de todos los miembros implicados.

En base a lo anteriormente expuesto, con intención de mejorar la precisión diagnostica de este síndrome, hemos desarrollado varios criterios que complementan a los anteriores, definiendo características psicopatológicas comunes a todos las perpetradoras y analizando la relación vincular perpetrador-víctima.

El criterio cuatro toma forma a partir del cuidadoso estudio realizado acerca del perfil psicopatológico de las perpetradoras que, en nuestra casuística, siempre fueron las madres. Las quince madres abusadoras tenían conductas repetitivas que incluían la demanda de asistencia hospitalaria para sus hijos. Nosotros opinamos que la motivación consiste en satisfacer sus propias necesidades a través de falsificar la enfermedad en las víctimas, presentando un comportamiento adictivo y compulsivo característico de satisfacción con todos los temas relacionados con la medicina que solía incrementarse en las situaciones de estrés. Por ejemplo, ante cualquier situación que amenazara interrumpir sus conductas adictivas, bruscamente y sin alternativa posible. Este perfil puede venir asociado a cualquier otra psicopatología, pero en nuestra opinión es fundamental y necesaria su presencia para el diagnostico de síndrome de Munchausen por poderes.

Una de las bases de esta conducta podría estar en un temprano refuerzo del “papel de enfermo”, aprendido durante la propia infancia cuidando a padres enfermos o somatizadores, con recompensas tipo no acudir al colegio o hacer menos tareas (Eisendrath, 1996) y en el fenómeno de “amplificación” que se produce cuando le enseñan, de pequeña, a prestar atención exagerada a las sensaciones corporales, percibiéndolas como inquietantes (Barsky, 1992).

Otros autores (Schreier, 2002; Ayoub, 2003) ya han sugerido la necesidad de una motivación “especial” en la perpetradora, no precisada adecuadamente hasta ahora, como característica definitoria del síndrome. Estos autores se basan en la apreciación del placer sentido por ser la madre “mártir” de un pobre enfermito. Nosotros creemos que intentan independizar la motivación de las conductas Munchausen y Munchausen por poderes, interpretando que en este síndrome la madre siente un placer especial en hacerle daño al hijo, convirtiendo al niño en el centro del drama.

Recientemente, hemos descubierto varios artículos en la literatura medica que informan de este síndrome, sustituyendo al niño por una mascota familiar como única víctima por poderes (Tucker, H.S. y cols., 2002). Estos artículos apoyan, aun mas, nuestra hipótesis de una misma motivación para todos estos comportamientos de engaño a los médicos y adicción a los hospitales. Esta motivación sería similar a la experimentada por cualquier adicto, como la descrita por Rosenthal (1992) para la ludopatía, en la que la parte activa o perpetradora de la conducta es mantenida en un grado inferior de consciencia tapada por la gratificación consistente de la circunstancia vivida. Ese grado inferior de consciencia es el responsable de que la actitud del perpetrador sea de



aparente indiferencia frente a la gravedad del cuadro presentado por el niño (Meadow, 1999).

En términos psiquiátricos, el/la perpetrador/a presenta una distorsión característica del pensamiento, con tendencia a la negación, superstición, confianza excesiva y sentido de poder o control sobre la enfermedad mas allá del bien y del mal. Que este tipo de motivación pueda convertirse en gratificación para el sujeto esta probablemente basado en una alteración del circuito de recompensa (Jaffe, 2002), que reaccionaría activándose ante esta conducta concreta, igual que lo hace ante otras conductas compulsivas en otras formas de adicción. Se describe que en algunas madres perpetradoras de Munchausen por poderes el objeto de sus ficciones parece variar en función de la oportunidad (Smith & Arden, 1989).

El criterio cinco se refiere especialmente a la circunstancia que implica que la víctima sea el hijo o esté bajo la custodia del abusador. En nuestros 19 casos hemos constatado una alteración, selectivamente referida a la enfermedad, del vínculo materno-filial, estudiada en el ambiente hospitalario. Esta alteración estaba siempre presente en la madre y en mayor o menor grado entre la madre y el hijo-víctima.

Las alteraciones en la relación vincular materno-filial vienen siendo estudiadas como un factor de prevención relacionado con el maltrato (Zeanah y cols., 1993; Cicchelti, 1989; Rutter & Tuma, 1988). Se considera que excluyen al trastorno reactivo del vínculo en la infancia (F94.x en CIE-10; 313.89 en DSM-IV-TR) por su diferente intensidad y características.

Es interesante reseñar que la Dra. Libow (2002) reclama la necesidad de estudiar la experiencias vividas por las víctimas de

síndrome de Munchausen por poderes, refiriéndose especialmente a la carencia de autonomía que muestran todos estos pacientes. Para nosotros, alcanzar la autonomía o individuación-separación de los sujetos implicados en el síndrome de Munchausen por poderes es uno de los objetivos básicos del planteamiento psicoterapéutico.

El niño se puede mostrar inhibido y no responder a ninguna interacción social, excepto la de su madre; o al contrario, aparentar extroversión y actuar totalmente desinhibido, vinculándose a cualquier persona, indiscriminadamente y sin significado, “pegoteándose” de manera ostensible. En ambas formas de actuación, la ambivalencia hacia el entrevistador se evidencia de forma constante. La relación hacia la madre, y viceversa, está plena de dependencia, frialdad y contradicción afectiva. Esta alteración se observa durante la estancia hospitalaria o en las consultas.

En base a esta alteración se explica la confabulación de la víctima con la abusadora, que tiene diferentes grados de participación desde la aceptación hasta la misma fabricación de síntomas por parte del niño (Parnell, T.F. & Day, D.O., 1998). Está claramente relacionada con la cronicidad del síndrome ya que la resolución de la relación vincular patológica es la otra forma de interrumpir rápidamente el abuso, siendo por tanto fundamental para la curación.

Ha sido un hecho constante en nuestro trabajo que aquellos casos que lograron mayor autonomía en la relación tuvieron mejor pronóstico.

Volkmar (1998) dice que el nivel de afectación de la relación vincular madre-hijo o, en otras palabras, lo potencialmente dañino de esta relación, se convierte en una variable fundamental para tomar decisiones del tipo separar drásticamente al niño de la madre.

El criterio 6 que determina la necesidad de confirmar que no existe ninguna otra causa somática, mental o social que explique etiologicamente el caso, ya se incluye como criterio diagnostico en el CIE-10. Este criterio podría referirse a cualquier enfermedad, pero la razón de aplicarlo al síndrome de Munchausen por poderes es porque en este síndrome es especialmente peligroso y relativamente fácil hacer diagnósticos de falsos positivos o pseudomunchausen por poderes (se discute en 5.4). Esta circunstancia puede implicar graves consecuencias para los médicos y por supuesto los pacientes.

La incorporación por nuestra parte del criterio 7 podría ser discutible ya que todas las patologías pueden tener consecuencias muy importantes, grave coste social, judicial, familiar y personal, pero solamente en el síndrome de Munchausen por poderes, se dan todas estas circunstancias juntas. El tremendo impacto que tiene esta patología es suficiente para requerir la inclusión de un criterio específico que lo determine. Nosotros queremos que la inclusión de este ultimo criterio actúe doblemente, ayudando a diagnosticar el síndrome y como llamada de atención a la comunidad científica para acelerar la inclusión de esta patología como trastorno específico en las categorías diagnosticas.

En este sentido, la propuesta que el grupo de apoyo al APSAC hace para que se incluya como PCF (Condición o enfermedad Pediátrica Falsificada) en dos lugares diferentes del DSM (Manual Diagnostico Mental), que serían PCF codificado como Abuso Infantil 995.54, si nos referimos a la víctima, y PCF codificado como Abuso Infantil V61.21, si nos referimos a/la perpetrador/a, nos parece interesante; pero, en nuestra opinión este sistema puede crear confusión.

Los códigos 995 suelen identificar a la víctima de algún tipo de abuso: 995.81, adulto abusado físicamente, 995.83, adulto abusado sexualmente, 995.52 niño víctima de negligencia, 995.53 niño víctima de abuso sexual y 995.54 niño víctima de abuso físico.

Por otra parte, los códigos V61 se suelen aplicar para identificar problemas de relación entre personas; especialmente, los relativos a abusos y negligencia. Se utilizan para referirse al perpetrador, de este modo: V61.12 identifica al causante de abuso físico o sexual en un adulto, pero solo si es el/la compañero/a de la víctima, mientras que V61.83 identifica al causante de abuso físico o sexual en un adulto, pero siempre que no sea su compañero/a. Cuando nos centramos en la infancia, V61.21 identifica al causante de negligencia, abuso físico o sexual a un niño, pero en este caso no existen dos códigos diferentes para identificar si el abusador es el/la padre/madre de la víctima o una persona extraña a ella, de la misma forma que había en el apartado anterior para los adultos.

Por tanto, la propuesta de Ayoub y cols. en relación a codificar 995.54 a la víctima del síndrome de Munchausen por poderes, nos parece adecuada solo en parte, ya que identifica a la víctima como objeto de abuso físico, dejando fuera los aspectos psicológicos y no reflejando la realidad total del cuadro padecido. Codificar al perpetrador de un síndrome de Munchausen por poderes con V61.21 es, en nuestra opinión, aún menos fiable, ya que este código indica únicamente que la persona ha cometido negligencia, abuso físico o abuso sexual en un niño, sin definir su parentesco con la víctima.

Por nuestra parte, creemos que sería adecuado mantener el síndrome de Munchausen por poderes en el apartado de Trastornos

Ficticios del DSM, pero como un Trastorno Ficticio Específico, con su propia codificación y los siete criterios anteriormente propuestos. (Jiménez y López-Rico, 2003).

Señalamos que, curiosamente, el único trastorno inespecífico que figura como ejemplo en las clasificaciones diagnósticas actuales, es el síndrome de Munchausen por poderes, y habiendo considerado que la producción o falsificación intencionada de signos o síntomas es imprescindible para diagnosticar ambos trastornos.

#### 5.4 DISCUSION DE DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

El enorme interés que refleja la necesidad de diferenciar los diagnósticos psiquiátricos, que ha llevado a incluir como criterio de investigación en el DSM-IV-TR “el comportamiento no se explica mejor por la existencia de otro trastorno mental”, se ve reforzado por la existencia en nuestra muestra de 13 pacientes que fueron excluidos por presentar un diagnóstico de este tipo. Estos 13 casos tuvieron un riesgo enorme de convertirse en falsos positivos o pseudomunchausen por poderes (Feldman & Allen, 1996).

El planteamiento diagnóstico ante una serie de cuadros psiquiátricos que pueden dar una primera impresión de síndrome de Munchausen por poderes, debido a las múltiples consultas que presentan y a la existencia de fabricación de síntomas, es complicado. En especial, cuando nos estamos cuestionando si estamos ante un síndrome de Munchausen por poderes con síntomas psíquicos. En estos casos, la aplicación de nuestros criterios diagnósticos es fundamental, ya que la no

concordancia con el criterio 4 es definitiva para el diagnóstico diferencial.

La relación de diagnósticos psiquiátricos de nuestra muestra excluida, se caracterizaba por tener una motivación inconsciente en los propios pacientes, que podía estar ocultando un abuso.

La parálisis psicógena de la mano derecha de una de las pacientes, la disfonía laríngea, el síndrome de Gardner (Lozano y cols., 1986), las crisis disociativas y los dos casos de dolor abdominal recurrente y real tenían un origen inconsciente. El primero de estos casos escondía un conflicto que no se llegó a identificar, por curarse el síntoma presentado.

El síndrome de Briquet en la infancia es un trastorno definido con criterios de somatización, con múltiples síntomas físicos que dan lugar a innumerables consultas. La característica fundamental de estos síntomas es que no son intencionados ni simulados. Se han descrito síndromes de Briquet por poderes y nuestro diagnóstico diferencial se basó en determinar la no intencionalidad de los síntomas.

Los dos cuadros de ansiedad de separación en los padres, se dieron en dos hermanos cuyos padres no aceptaban separarse de sus hijos en ningún momento, por lo que eran capaces de llevarles al hospital antes que dejarles en la guardería. El diagnóstico diferencial se planteó sobre la base de los síntomas de ansiedad mostrados por los padres ante la evidencia de alejarse unos metros de sus hijos.

La psicopatología hallada en el resto de pacientes pediátricos excluidos fue un trastorno por ansiedad excesiva infantil en una niña de 13 años, que presentaba innumerables consultas a las que era acompañada justificadamente por sus padres. Otro caso era una anorexia nerviosa de evolución tórpida, en la que la madre, enfermera de

profesión, aparentaba, al menos inicialmente, tener una participación, que tras el estudio detallado no se demostró. El tercer paciente era llevado a consulta por diversos miembros de su desestructurada familia, que alegaban una sintomatología de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Nuestro invariable diagnóstico fue trastorno por negativismo, a pesar de la quejas familiares que insistían en buscar una patología que no les implicara. El último caso presentaba una psicopatología postraumática, secundaria a un “bullying escolar”, que le obligaba a refugiarse en los hospitales para no ser agredido en el colegio.

Existen otros tres diagnósticos psiquiátricos que conviene diferenciar adecuadamente del síndrome de Munchausen por poderes. En primer lugar, la simulación o búsqueda de ganancia secundaria sin más. Esta alteración estaba presente en dos de nuestros pacientes, que eran presentados en las consultas por su madre para conseguir informes médicos que avalaran el falso retraso alegado por ella, pretendiendo conseguir la invalidez de los niños y los consiguientes beneficios económicos. La actitud que mantienen estas madres no concuerda en absoluto con la madre perpetradora de un síndrome de Munchausen por poderes.

En segundo lugar, la folie a deux o psicosis compartida no ha sido un diagnóstico encontrado entre nuestros pacientes excluidos. Sin embargo, resulta interesante comentarlo por la similitud que presenta con ciertos grados máximos de confabulación. El diagnóstico diferencial que podría plantearse en un síndrome de Munchausen por poderes, especialmente con síntomas psíquicos, con un grado de confabulación tan importante como para semejar una locura compartida, pasaría

necesariamente por la aplicación y concordancia con los siete criterios propuestos por nosotros.

En tercer y último lugar, consideramos importante destacar el trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez, como otro posible diagnóstico diferencial psiquiátrico. La alteración en la superación de trastornos en el vínculo materno-filial, evidenciada en todos los casos de síndrome de Munchausen por poderes, que ha dado lugar a la inclusión del criterio 5, nos obliga a precisar la diferencia que se contrastaría en el cumplimiento de los criterios diagnósticos propuestos por nosotros.

No cumplir todos los criterios diagnósticos se dio en tres casos de los cuales dos presentaban una enfermedad real, diabetes mellitus insulino dependiente y asma crónico, siendo el tercero de ellos un niño sin patología diagnóstica. La presentación del niño para consulta estaba justificada en una preocupación mórbida de la madre ante la enfermedad real o temida en el hijo. Estas madres, posiblemente, motivadas por el sentimiento de culpa que viven ante el temor de perder la salud de sus hijos, llegan a mentir o engañar a los médicos falsificando pruebas patológicas en normales, con el único propósito de disminuir la ansiedad que les produce pensar que su hijo este o pueda estar enfermo. Este cuadro podría confundirse con relativa facilidad con el síndrome de Munchausen por poderes, por las consecuencias que tiene la excesiva hipocondría materna que podríamos denominar “hipocondría por poderes” (Perera y cols., 1995).

Los diagnósticos que presentaban los casos excluidos por malos tratos físicos, como único problema (Sheridan, 2003) y los que presentaban solamente un episodio (Arnold y cols. 1998) fueron



estudiados en principio como posibles síndromes de Munchausen por poderes, pero su diagnóstico diferencial fue claro y sencillo. Aunque no recogimos ningún caso de exageración de un trastorno físico real pre-existente, como describe la bibliografía médica (Meadow, 1987), el niño que padecía síndrome de Landau-Kleffner, fue excluido a pesar de la gravedad de las conductas negligentes de la madre.

Los cinco casos que presentaban diagnóstico de trastorno ficticio en la infancia se constituyeron en un grupo especial que fue comparado a nuestra muestra final con diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes.

El trastorno ficticio es una alteración de muy rara presentación en la infancia. Cuando aparece cuenta con una serie de características que pueden plantear diagnóstico diferencial con el síndrome de Munchausen por poderes. La constatación de una relación vincular materno-filial alterada, semejante a la que se daba en nuestra muestra, nos hizo cuestionar la precisión del criterio cinco. Sin embargo, el estudio profundo de los casos nos permitió concluir que dicha alteración podía ser indicativa de maltrato (Zeanah y cols., 1993), pero dicho maltrato no era ser víctima de un síndrome de Munchausen por poderes.

Para hacer la anterior afirmación, nos basamos en que la conducta parental no era la presentada por todas nuestras madres perpetradoras del síndrome de Munchausen por poderes.

Se describe en la literatura lo difícil que es precisar este diagnóstico de trastorno ficticio en la infancia (Eminson y cols., 1992; Feldman & Ford, 2000; Libow, 2000), ya que resulta casi imposible descartar el grado de participación parental en un caso de este tipo. Sin embargo, para nosotros resulta evidente que si la madre no muestra un

comportamiento de satisfacción característico con todos los aspectos del hospital y la medicina, no es una madre Munchausen por poderes. En nuestros cinco casos se dio la circunstancia de tener incluso que llamarlas a sus domicilios, para recordarles algunas consultas. En el caso C, curiosamente, quien acompañaba al niño era su padrastro, por lo que se planteó en el diagnóstico diferencial, la poco frecuente situación de un posible perpetrador varón (Meadow, 1998). Nosotros pudimos comprobar que las conductas de engaño del niño se producían independientemente de la voluntad del padre.

La creación de síntomas fingidos o fabricados implica otra semejanza con el síndrome de Munchausen por poderes, pero en nuestra opinión el trastorno ficticio en la infancia es un cuadro en el que la conducta del niño no está siempre claramente motivada por el deseo de obtener satisfacción en el ambiente hospitalario y pueden hallarse ganancias secundarias del tipo no ir al colegio, hallar refugio, encontrar diversión o amigos. En resumen, podríamos afirmar que no sería una verdadera conducta Munchausen. Además, mientras que un acto de simulación puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias, que podrían objetivarse como hostiles para el paciente, el diagnóstico de trastorno ficticio implica siempre un determinado grado de psicopatología, que no obstante no explique la búsqueda de atención hospitalaria por sí mismo.

De los cinco casos presentados, únicamente el caso A reúne las características de dicha conducta, búsqueda compulsiva de ambiente hospitalario y gratificación evidente con dicho comportamiento. Otro aspecto importante que se presenta con frecuencia en esta conducta es la

“pseudología fantástica” de la que este paciente hacía gala ostentosamente.

A pesar de que la dermatitis artefacta ha sido excluida del trastorno ficticio en el CIE-10, nuestro paciente era, sin género de dudas, un trastorno ficticio en la infancia con dermatitis artefacta por quemaduras auto inflingidas conscientemente.

La dermatitis facticia es una enfermedad relativamente fácil de diagnosticar para los dermatólogos (Sheppard y cols., 1986). El caso A presentado fue diagnosticado desde el principio como patomimia por el dermatólogo de guardia. A pesar del origen exclusivamente emocional de la dermatitis artefacta, es difícil encontrar artículos dedicados a esta enfermedad, su psicopatología de base y/o su tratamiento en revistas de psiquiatría (Hughes y cols., 1970). Sin embargo, es frecuente encontrar revisiones sobre esta alteración en revistas dermatológicas (Cotteril, 1981; Eller, 1974). Por este motivo los aspectos relacionados con dermatología suelen ser mejor conocidos y tratados que los aspectos psíquicos del cuadro, cuyo tratamiento depende por entero de los psiquiatras.

En nuestra opinión, la presentación del caso A confirma sin lugar a dudas la existencia del trastorno ficticio en la infancia y es una aportación inestimable al conocimiento de una psicopatología subyacente a la dermatitis artefacta.

Otra diferencia importante, es que no hay confabulación entre los padres y el niño respecto de la enfermedad presentada, por tanto, no existe implicación de abuso en el término diagnóstico. En el caso B, cuyo diagnóstico era estrabismo ficticio, pudimos probar que la niña había entrenado su musculatura ocular extrínseca de forma totalmente

voluntaria y al margen del conocimiento materno. Era un hecho que tal conducta procedía de las experiencias psicotraumáticas previas de la madre, pero sin embargo no había confabulación materna.

El trastorno ficticio en la infancia no suele tener la aparente cronicidad que caracteriza al síndrome de Munchausen por poderes. Nuestros resultados que dan un tiempo diagnóstico desde la aparición de los síntomas inferior al de los casos con Munchausen por poderes, así parecen confirmarlo. Sin embargo, la tendencia a cronificarse este trastorno o la posibilidad de convertirse en un trastorno somatoforme es muy alta (Libow, 2002), por lo que su diagnóstico precoz es fundamental. La detección de un trastorno ficticio en la infancia se hace antes que la detección de un síndrome de Munchausen por poderes porque el primero tiene algunas características, a ese respecto, que lo diferencian del segundo.

Primeramente, los pacientes afectados de trastorno ficticio en la infancia siempre van al mismo centro hospitalario, ya que el niño depende de los padres, mientras que en el síndrome de Munchausen por poderes el paciente peregrina por múltiples hospitales hasta que alguien le descubre (Libow, 1995). Nuestro caso D había acudido al mismo hospital multitud de veces, en solo 6 meses, por su cuadro de fiebre ficticia.

En segundo término, la pseudología fantástica presente en los niños es siempre más inocente y por tanto más fácil de descubrir el engaño.

Queremos destacar que existe una situación diagnóstica especial cuando se produce fabricación de síntomas psíquicos, que resulta especialmente compleja de diferenciar. Esto se confirma por la escasez

de artículos publicados (Libow, 2000) y la posibilidad de encontrar pacientes de muy larga evolución, con múltiples y equivocados diagnósticos y tratamientos psiquiátricos (Feldman & Ford, 2000).

Recientemente, hemos tenido la oportunidad de ser testigos de cómo una paciente de 57 años de edad, vista en urgencias por enésima vez, con un cuadro aparentemente psiquiátrico de trastornos conductuales, fue por fin diagnosticada de trastorno facticio con síntomas psíquicos, cuando tras realizarse las indagaciones pertinentes, descubrimos innumerables informes psiquiátricos, de prácticamente la totalidad de los hospitales de nuestra comunidad, que se remontaban a su adolescencia y contrastamos su motivación conductual. Nuestro quinto caso afecto de trastorno facticio, una joven de 17 años, se inventaba alucinaciones parasitarias e ideas de contenido delirante que solo existían en su fantasía. La falta de coherencia entre sus síntomas y el descubrimiento fortuito de sus tácticas de utilización de los médicos, nos llevaron a precisar el diagnóstico. Esta joven bien podía haber sido el inicio de un caso como el descrito en el enunciado de este párrafo.

Es interesante añadir que desde el punto de vista médico y por supuesto social, la repulsa hacia estos casos no es en absoluto comparable a la que produce un cuadro de Munchausen por poderes. Esto motiva que el trastorno facticio en la infancia esté en un segundo nivel de interés o preocupación diagnóstica (Sutherland, 1990).

Finalmente, nosotros concluimos que el diagnóstico de trastorno ficticio en la infancia es adecuado para definir un cuadro clínico concreto, debiendo reservarse el término Munchausen para situaciones específicas en las que exista una conducta característica de búsqueda

compulsiva de ambiente hospitalario y consultas medicas, con claras evidencias de gratificación.

La falta de casos publicados en la literatura que describan trastornos ficticios en la infancia nos hace pensar que hay efectivamente un pequeño grupo de pacientes que precisarían este diagnostico y son, quizás, gravemente confundidos con un síndrome de Munchausen por poderes.

#### 5.5 DISCUSION DE DIAGNOSTICOS EN LA MUESTRA CON SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

El resumen de los diagnósticos facticios por poderes presentes en nuestros pacientes tiene una mayor proporción de Dolor abdominal fingido que se daba en 7 de los 19 pacientes (37,5%). En tres casos como único diagnostico y en los cuatro restantes asociado a Retraso mental ficticio en dos enfermos y a Cefaleas fingidas y Sincope fingidos en los otros dos.

El siguiente diagnostico en orden de frecuencia fueron las Intoxicaciones no-accidentales, que estuvieron presentes en 4 niños de nuestra muestra (21%). Un quinto caso con diagnostico Hipoglucemias facticias, puede también considerarse un tipo especial de intoxicación no-accidental, con lo que el porcentaje pasaría a ser del 26,3%.

El porcentaje de pacientes que presentaba Cefaleas ficticias se elevaba al 21%, estando uno de los casos asociado a Dolor abdominal fingido.

Finalmente, los cuatro diagnósticos siguientes: Epilepsia ficticia, Obesidad ficticia, Paraplejía fingida y Dolor lumbar fingido, se dieron por separado en el resto de pacientes.

La evidencia de que el diagnóstico facticio nos orienta acerca de la peligrosidad potencial del caso es un hecho, porque se le supone un mayor riesgo a una intoxicación no-accidental donde la víctima puede morir por una sobredosis, que a un dolor abdominal fingido. Pero cuando nos referimos a un caso de Munchausen por poderes el riesgo potencial es difícil de prevenir.

La revisión bibliográfica, de los casos publicados en nuestro país entre 1980 y 2003, ha encontrando 20 artículos (Palomeque y cols., 1986; Malaga y cols., 1984; Reig del Moral y cols., 1984; Jiménez y cols., 1986, 1987a, 1987b, y 1996; Pozo y cols., 1989; San Sebastian y cols., 1988; Canovas y cols., 1995; Mardomingo y cols., 1994; Escudero y cols., 1993, Fernández y cols., 1991; Morales y cols., 1994; Catalina y cols., 1995; López-Linares, 1986; Gomez de Terreros y cols., 1996; Fernandez-Jaen y cols., 1998) que describen, en total 22 casos, que afectan a 17 familias.

Más de la mitad de esta casuística eran intoxicaciones no accidentales (14 casos que representaban el 63%); una de las cuales, que se producía con fenobarbital, causó el fallecimiento de la víctima.

Una segunda víctima mortal se produjo en un caso presentado con diagnóstico de apneas paroxísticas facticias (4,5% de la muestra), que eran en realidad episodios de sofocación causados por la madre del niño.

El resto de diagnósticos presentes en esta revisión fueron: epilepsia ficticia (4,5%); hematemesis y hematuria ficticia (4,5%) y

alteraciones gastrointestinales por cuerpos extraños administrados por la madre (4,5%).

Los cuatro casos restantes de esta búsqueda bibliográfica, pertenecían a una variedad de síndrome de Munchausen por poderes, llamada “Doctor Shopping” con el niño como paciente por poderes (Woolcott y cols., 1982), consistente en mostrar al paciente como enfermo imaginario por su propia madre. Esta variedad se considera menos grave, al no emplear métodos potencialmente letales como pueden ser las intoxicaciones no-accidentales y las sofocaciones (Feldman & Ford, 2000).

Nuestro trabajo nos ha permitido afirmar que una vez que se identifica un caso de síndrome de Munchausen por poderes, lo mas importante es interrumpir el abuso cuanto antes, porque en todos los casos esta en juego la salud de la víctima. Siguiendo este criterio de gravedad, el caso numero 3 de la muestra, es un ejemplo evidente de cómo el “Doctor Shopping” se convierte en un grave caso de Munchausen por poderes (Meadow, 2000). En conclusión, el termino “Doctor Shopping” puede resultar equivoco, por lo que sugerimos no utilizarlo (Jiménez & López-Rico, 2003).

Sin embargo, la constatación de que las dos víctimas mortales, descritas en la revisión realizada en nuestro país, se habían producido en el contexto de una intoxicación no-accidental y de una apnea facticia, nos demuestran claramente que estos métodos cuando están presentes indican riesgo extremado para la vida de la víctima (Meadow, 1999). Queremos insistir en la dificultad diagnostica añadida que plantea la apnea facticia, cuando debemos asegurar que no se trata de un caso de muerte súbita en el lactante (Firsman y cols., 1997).



La demostrada existencia de víctimas mortales en el síndrome ha dado paso a planteamientos que pueden rozar el derecho a la intimidad de la madre, como es la instalación de video encubierto para seguir su comportamiento con el hijo, especialmente en aquellos casos a los que se les supone mayor potencialidad letal (Southall. y cols., 1997). El balance entre el derecho a la intimidad de la madre y el riesgo inminente de la víctima es el aspecto mas importante de la controversia.

Se ha descrito en la literatura que la efectividad del seguimiento con video encubierto es muy alta (Hall y cols., 2000).

En nuestro trabajo no hemos empleado esta técnica diagnostica, aunque opinamos que puede ser un método adecuado en algunas situaciones. Sin embargo, si la filmación de los abusos no va precedida del establecimiento de una vinculación apropiada entre el terapeuta y la perpetradora, correremos el riesgo de causar un desastre terapéutico, ya que la preparación previa del/la abusador/a es fundamental para la aceptación de los hechos y la planificación posterior del tratamiento (Jiménez y cols., 1996). Los videos serán útiles si se utilizan de forma previamente convenida con los padres, porque pueden servir para demostrarle a la madre una conducta que ella misma se cuestiona. En ese caso, tendrían una función terapéutica ya que ayudarían a aceptar la realidad de los hechos al/la perpetrador/a, paso inicial para comenzar la terapia. Evidentemente, todo esto debe estar dentro de una confrontación cuidadosamente planeada.

En todo momento, nuestra intención es no criminalizar al/la perpetrador/a de un síndrome de Munchausen por poderes. La falta de criterios uniformes que definan el síndrome ha afectado a la

metodología legal y forense (Allison & Roberts, 1998; Schreier, 2002) y nuestra función es ayudar a aclarar esta situación.

Otro gran obstáculo que se interpone en la comprensión del síndrome por parte de la jurisprudencia, es el rechazo emocional que produce en los jueces, ver a una madre aparentemente normal e imaginarla haciendo daño a su hijo (Kinscherff & Ayoub, 2000).

Puede ocurrir que incluso después de haberse demostrado el engaño y el conjunto del síndrome de Munchausen por poderes, la sentencia judicial no se produzca en los términos legales que implicaría reconocer su etiología psiquiátrica, y se condene a la madre encausada como si de una delincuente fraticida se tratara (DiVasto & Saxon, 1992).

Recientemente, en nuestro país, hemos sido testigos de un caso similar, donde una madre diagnosticada de síndrome de Munchausen por poderes, fue condenada a 89 años de cárcel sin tener en cuenta los atenuantes o eximentes que su enfermedad psiquiátrica implicaría, igual que ocurriría con un enfermo esquizofrénico en el caso de haber cometido un delito de parricidio en algún miembro de su familia (Fischler, 1983).

Un mejor nivel de pruebas periciales en temas de abusos infantiles, que incluyen los síndromes de Munchausen por poderes, puede influir notablemente en superar el rechazo que la opinión pública, los jueces e, incluso, el personal asistencial pueden tener respecto al reconocimiento de la enfermedad. Además, para acabar con la falta de uniformidad en las decisiones judiciales y para que la evidencia del síndrome se convierta en admisible, convendría estandarizar la

metodología utilizada en las pruebas presentadas por un experto (Artingall, 1998).

No obstante, por ahora, en la mayoría de los casos en los que aparece este síndrome, solo se puede demostrar la evidencia circunstancial suficiente para detener los abusos, rehabilitar a los niños abusados, y para orientar a los jueces de cara a tomar decisiones sensatas en la reinserción del/la perpetrador/a del engaño (Allison & Roberts, 1998). La experiencia así nos lo demuestra, ya que todas las intervenciones que hubo relacionadas con la justicia en nuestros casos de síndrome de Munchausen por poderes, tuvieron un resultado positivo. El juez que juzgó a la madre del caso numero 4 dictaminó su libertad, ordenándonos un cuidadoso seguimiento psiquiátrico, para la evaluación del correcto maternaje de los dos hijos vivos. Esta sentencia fue especialmente hábil para interrumpir el abuso y rehabilitar a toda la familia.

Pensamos que la base de estos buenos resultados ha estado en contar, en todos los casos, con la participación plena de un equipo de trabajo multidisciplinario, como proponen otros autores (Plum, 1995). El equipo coordinado por el autor de esta tesis, se encargó de reunir los datos previos, contactar con los médicos que habían participado previamente en cada caso o con otros cuidadores del paciente y recoger las pruebas y ordenarlas. Todo ello iba encaminado a preparar una estrategia de protección correcta del niño y su familia, basada en una adecuada individuación-separación, como solución de la alterada relación vincular materno-filial. Asimismo, se buscó el momento adecuado y el modo de abordaje de la confrontación con la realidad de la perpetradora, para ayudar a su reorientación y a cambiar las fuentes de

obtención de recompensa, facilitando la rehabilitación de todas las pérdidas habidas. Solamente, la madre de los casos 7 y 8 precisó de un ingreso psiquiátrico urgente, al presentar un grave riesgo de descompensación psicótica. En el resto de las madres no se produjeron respuestas inesperadas o peligrosas durante el tratamiento.

Dentro del tratamiento multidisciplinar del síndrome, siempre va a ser necesaria la interconsulta psiquiátrica para comprender la extraordinaria complejidad de la actitud motivacional de éstas madres “mártires” y, en muchos casos, de sus infortunados hijos.

Las líneas guía del manejo terapéutico del síndrome de Munchausen por Poderes, en régimen hospitalario, se basan en evitar discordancias entre las opiniones del personal médico y asistencial, por un lado, y la familia de las madres que realizan los engaños, por otro.

Queremos añadir que un test convencionalmente usado para el diagnóstico y conocido como test de la separación, en el que se produce la coincidencia, durante tiempo suficiente, entre la desaparición de los síntomas y signos facticios y la ausencia de la madre (Meadow, 1993), puede tener graves consecuencias al ser aplicado. Pocas veces la autora de un síndrome de Munchausen por poderes acepta, de modo voluntario, separarse del niño. Obligada a ello, puede reaccionar saliendo precipitadamente del hospital, continuando su peregrinaje y sus conductas en otros hospitales y en otras localidades.

Además, está confirmado que no en todos los casos en los que se realiza el test de la separación se obtienen resultados fiables. En nuestra investigación no se aplicó sistemáticamente esta prueba, y en los casos que por otro motivo se produjo la separación de madre e hijo, pudimos comprobar un alto grado de confabulación por parte de las víctimas.

## 5.6 DISCUSION DE LOS SINTOMAS DE LA MUESTRA CON SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Los síntomas aquejados por nuestros 19 pacientes o al menos referidos por la perpetradora del síndrome fueron 72. Este numero es porcentualmente superior a los 102 presentados por Sheridan en su revisión de 451 casos, descritos en 154 artículos científicos. Asimismo, el porcentaje de aparición fue diferente en ambas muestras. Nuestros resultados mostraban como síntoma mas frecuente el dolor abdominal (61,4%), seguido de convulsiones (46,8%), fiebre (31,5%), cefaleas o vómitos (26,3%) y trastornos de conducta (21%). Sin embargo, en el trabajo de Sheridan el síntoma que aparecía con mayor frecuencia era la apnea (26,8%), seguido de anorexia y problemas de alimentación (24,6%), diarrea (20%), convulsiones (17, 5%), cianosis (11,7%) y trastornos del comportamiento (10,4%).

La variabilidad mostrada por los síntomas, que cubre prácticamente toda la patología medica (Meadow, 1987) y la diferente presentación de los mismos, que puede oscilar, desde estar presente en todos los casos de una muestra, hasta no detectarse en absoluto en ninguno de ellos, hace que no sean útiles para perfilar un diagnostico. Sin embargo, se constituyen precisamente en una señal de alarma.

La necesidad que tiene el pediatra de utilizar métodos opuestos a los de la medicina científico-técnica, actuando como un detective cuando investiga entre los síntomas que le presentan, surge de la sucesión de mentiras y refractario seguimiento a las prescripciones facultativas, por parte de la madre. Los médicos tienden a actuar siguiendo un principio básico en la practica clínica pediátrica, que es creer a los padres que

relatan la anamnesis. Sin embargo, en un síndrome de Munchausen por poderes se parte de la base que todo es falso y el médico debe desconfiar por completo de lo que dicen estas madres.

Para poder avanzar en un diagnóstico de este tipo, el médico tiene que disociar los síntomas, por orden cronológico, en lugar de condensarlos como es la práctica habitual.

Con relación a la sistemática a seguir al respecto de los síntomas presentados, hemos pretendido dar una visión global de cómo debe plantearse el abordaje de esta patología a lo largo de la descripción pormenorizada que se hace de cada uno de los casos. Un ejemplo especialmente claro es el caso nº 3. En él, los informes clínicos hallados se clasificaron por su orden cronológico, lo que permitió diferenciar claramente cuatro etapas de síntomas que la madre relataba agrupadamente en su anamnesis, debido a que iba utilizando el conocimiento que los sucesivos médicos le daban, para alimentar su enfermedad con nuevos síntomas. De esta forma se puede explicar el aparente conocimiento de temas médicos de madres que no siempre son enfermeras (Rosenberg, 2003; Sheridan, 2003).

## 5.7 DISCUSION DEL ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES CON TRASTORNO FICTICIO EN LA INFANCIA Y LOS PACIENTES CON SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

Se estudiaron comparativamente, en ambos grupos de pacientes con trastorno ficticio en la infancia y síndrome de Munchausen por

poderes, dos variables de tipo temporal: edad y tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico; y dos variables categóricas: género y fabricación de síntomas en el hospital.

La comparación entre la edad media del grupo con trastorno ficticio (10,8 años) y el grupo de síndrome de Munchausen por poderes (8,26 años), en el momento del diagnóstico, no resultó significativa.

A pesar de los pocos artículos publicados sobre trastorno ficticio en la infancia, en la bibliografía médica internacional, revisada por Libow (2000), se identifican 42 casos de trastorno ficticio en la infancia con una media de edad de 13,9 años. Mientras que los datos referentes al síndrome de Munchausen por poderes revelan medias de edad muy inferiores, siendo 3 años en la revisión de Rosenberg (1987) y 4 años en la revisión de 451 casos de Sheridan, (2003). Es claramente significativa la diferencia de edad entre ambos grupos de patologías.

Por otra parte, nuestra revisión de la bibliografía española, detectó seis casos de trastorno ficticio en la infancia, con una edad media de 12,8 años, mientras que en esa misma revisión, los 22 casos publicados de síndrome de Munchausen por poderes, tenían una edad media de 6 años.

La edad media de nuestros casos con trastorno ficticio no es significativamente diferente a la edad media que para el trastorno ficticio en la infancia describe la literatura médica.

Sin embargo, la edad media de nuestros casos con síndrome de Munchausen por poderes es significativamente superior a la edad media que para este síndrome describe la bibliografía revisada. Este dato analizado en solitario podría indicar que nuestros niños afectados del síndrome son mayores que en el contexto internacional, pero si advertimos que también el tiempo que transcurre desde el inicio del

cuadro hasta que se hace el diagnóstico es significativamente superior, podemos afirmar que nuestros niños no son mayores, sino que llevan mas tiempo enfermos.

Otro aspecto comparado, fue el tiempo medio transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta su diagnóstico. En el grupo de trastorno ficticio fue de 1 año, mientras en el de Munchausen por poderes fue de 5 años. Esta diferencia, altamente significativa, indica en nuestra opinión, como ya hemos discutido en el apartado 5.5, que el trastorno ficticio es en realidad mas fácil de diagnosticar por sus características específicas y que son esas mismas características, las que lo hacen menos llamativo y objeto de publicación. En la revisión de Libow (2000), la autora recoge esta variable temporal, únicamente en 31 de los 42 casos, dando la duración media de 15 meses, aunque algunos de los casos son episodios únicos y la duración máxima son 5 años.

En relación al tiempo hasta el diagnóstico medido en el síndrome de Munchausen por poderes, otros autores han aportado cifras inferiores a las nuestras, siendo de 1 año y tres meses para Rosenberg (1987) y 2 años en la revisión de Sheridan (2003). Feldman & Brown (2002) realizan un estudio en el contexto internacional que concluye en hacer notar la dificultad sobreañadida que tienen algunos países, entre los cuales incluyen a España, en su acceso a recursos psicosociales y de formación de especialistas. Para nosotros, esta sería la causa principal del prolongado tiempo hasta el diagnóstico que se da en nuestra muestra de Munchausen por poderes, cuya grave repercusión es el mayor tiempo que nuestros niños están enfermos, con todos los riesgos que esto conlleva.



Por otra parte, la representación genérica en ambos grupos de patología no resultó significativamente diferente, con un porcentaje de varones respecto de mujeres muy similar.

Los datos publicados sobre trastorno ficticio en la infancia presentan un ratio varón/hembra de 1:3 (Libow, 2002), que no es sustancialmente distinto del ratio que se produce en adultos para este trastorno. Nuestro ratio 3:2 (varón/hembra) se diferencia del anterior, sin que se pueda concluir nada concreto al respecto, por la escasez de casos. No obstante, queremos añadir que en nuestra muestra fue el caso A, varón, el que podríamos llamar prototipo de esta alteración. En nuestra opinión, no tendría porqué haber una diferente proporción de varones/hembras en el trastorno ficticio en la infancia, siendo suficiente que el niño haya aprendido el rol de enfermo.

Si la conducta facticia tiene un alto componente de aprendizaje, sería de esperar que el trastorno facticio en la infancia se diera por igual en varones y hembras. Posteriormente, si suponemos que dicha conducta persiste en la vida adulta o se transforma en por poderes, deberíamos de considerar dos aspectos que incidirán en esta persistencia. Primero, la conducta de satisfacción con los temas médicos es socialmente mas entendida en el genero femenino, por lo que habría mayor porcentaje de mujeres entre los trastornos facticios del adulto, como muestran los estudios realizados al respecto (Libow, 2002) y segundo, al referirnos al posible cambio a una conducta por poderes, lo difícil que resulta para el varón ejercerla en un hijo cuando por lo general esta la madre del niño que actúa como factor de protección, lo que repercutiría en la menor proporción de padres perpetradores de síndrome de Munchausen por poderes (Meadow, 1998).

Con relación al síndrome de Munchausen por poderes, el tanto por ciento de víctimas varones (48%) versus hembras (52%) de nuestra muestra coincide plenamente con los datos publicados hasta la fecha. En la revisión de 117 casos de Rosenberg, (1987) se presenta el 46% de varones, 45% de mujeres y un 9% en el que no se identificaba el género de la víctima. En la revisión de Sheridan 214 casos eran varones (52%) y 201 eran mujeres (48%). Este similar porcentaje de varones/hembras entre las víctimas confirma, en nuestra opinión, que la clave del síndrome está en la psicopatología de la madre. La madre busca adictivamente la recompensa que le produce su relación con el entorno médico y para ello no muestra una preferencia por ningún género. Únicamente, ella reacciona ante las situaciones de ansiedad y con el hijo/a que tenga la alteración del vínculo establecida previamente y acepte a su vez, de forma inconsciente, ese papel de enfermo que le dan.

La última variable comparada entre los dos grupos de pacientes, fue la constatación de fabricación de síntomas físicos, de los cuales nosotros excluimos la simulación. La fabricación de síntomas es descrita por Sheridan (2003), como la producción de un síntoma en la víctima que puede tener graves consecuencias para la integridad física de la misma. Este autor pone como ejemplos, estrictamente, el envenenamiento o intoxicación no accidental y las disneas paroxísticas por sofocación. Sheridan, en su revisión detecta 57,2% de casos que mostraban producción con o sin simulación, ya que no estaban separados ambos métodos, contrastándolo con el 42,8% de casos en los que solo existían métodos de fingimiento, exageración o invención.

En la revisión de Rosenberg, (1987) se identificaban síntomas fabricados en el 75% de los casos. El 50% eran solamente producción,

mientras que en el 25% restante había producción y simulación. Los métodos de producción descritos por Rosenberg, eran 74 casos de sofocación, 43 casos de administración de fármacos y 22 casos de intoxicación no accidental.

En nuestros pacientes afectados de trastorno ficticio el porcentaje de pacientes que mostraban fabricación de síntomas fue del 60%. En el grupo con síndrome de Munchausen por poderes fue del 31,5% , siendo los métodos utilizados en cinco casos la intoxicación no accidental, y en el otro la administración de un fármaco.

En principio, la razón que justifica el encontrar fabricación de síntomas en un caso está en la mayor gravedad que esto le atribuye al cuadro, lo que será tomado en consideración a la hora de plantear el abordaje y seguimiento. En el sentido de apreciar este nivel de gravedad los autores antes citados matizan si esta fabricación se da fuera del hospital o se produce en el interior de este, ya que consideran que esta última característica también refleja mayor gravedad, porque los pacientes no están seguros ni siquiera cuando están ingresados. Sheridan informa en su revisión que el 48,8% de los que presentaban fabricación, la realizaban en el hospital; mientras que Rosenberg describe que se fabricaban los síntomas en el hospital en el 95% de los que solo tenían producción y en el 84% de los que tenían simulación y producción.

Queremos añadir, que nuestros tres pacientes con trastorno ficticio que tenían producción de síntomas, presentaban esta fabricación en el interior del hospital, por lo que representaban el 100% del total de fabricantes. Esto haría aconsejable que si es posible, los trastornos ficticios, cuando se resuelve el motivo del ingreso, se trataran ambulatoriamente.

Sin embargo, en los casos de síndrome de Munchausen por poderes con fabricación de síntomas, el 66% lo hacía dentro del hospital. Este dato contrasta con los aportados por Rosenberg y Sheridan, que son claramente superiores. Concluimos que nuestras madres perpetradoras tenían un menor comportamiento de fabricación de síntomas y que aquellas que sí los fabricaban, lo hacían también en menor proporción dentro del hospital. Estos datos, podrían indicar una menor gravedad en nuestra muestra de síndrome de Munchausen por poderes. Sin embargo, opinamos que reflejan una menor capacidad de las madres para desenvolverse en el medio técnico del hospital, seguramente debido a que tienen menores conocimientos médicos y sobre todo porque en el momento en que se hace el diagnóstico, el rápido inicio del tratamiento aporta importantes grados de control a la conducta materna.

En resumen, la comprobación de la fabricación de síntomas y su producción dentro del hospital nos recuerdan la gravedad del síndrome y la necesidad de mantener en estrecha vigilancia a estos niños para su protección.

## 5.8 DISCUSION DE VARIABLES EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

### 5.8.1 VARIABLES CATEGORICAS EN LAS VICTIMAS

Se analizaron siete variables que se dieron en las diecinueve víctimas de nuestros casos de síndrome de Munchausen por poderes.

La existencia de síntomas en las víctimas durante su estancia hospitalaria fue contrastada en el 31,5% de los pacientes. Estos síntomas podían deberse a la fabricación materna o también ser secundarios a fingimiento o invención. Cuando nos estamos refiriendo a síntomas producidos por la madre dentro del hospital, resulta evidente como se ha discutido en el apartado anterior, que la constatación de dichos síntomas durante el tiempo en el que el niño está ingresado, podría implicar que la madre de ese niño es mas atrevida y se maneja con mayor seguridad en el medio hospitalario, pero cuando nos estamos refiriendo en especial a síntomas inventados o fingidos estamos señalando también un grado importante de colaboración por parte de la víctima. En nuestros resultados la existencia de síntomas hospitalarios se dio en cuatro casos en los que previamente se había señalado la fabricación o producción materna. Sin embargo, esto no excluía que dichos síntomas no pudiesen ser secundarios a fingimiento o invención y no estar directamente relacionados con la producción materna, como así sucedía en una de las niñas víctimas. En resumen, la colaboración de las víctimas con la perpetradora se probó en tres de los casos en los que se detectaron síntomas hospitalarios. Estos tres niños pertenecerían al nivel que Parnell (1998) identifica con la “participación activa” o víctimas que colaboran activamente en la falsificación o exageración de sus propias historias de enfermedad.

Se valoró la variable confabulación con la madre, en nuestro grupo de víctimas de síndrome de Munchausen por poderes, hallando un porcentaje del 47,3% de niños que presentaban algún grado de colaboración en el mantenimiento de la enfermedad.

Libow (2002) propone conocer las diferentes formas en las que la experiencia de ser una víctima de síndrome de Munchausen por poderes puede ayudar a establecer una gradual conducta de falsificación de enfermedad. En nuestra opinión, este proceso es responsable de que algunas víctimas colaboren activamente en la construcción de su “propia” enfermedad y secundariamente en la cronicidad del proceso si se convierten a su vez, al llegar a la edad adulta, en fabricantes de enfermedad en si mismos o en otros (Rosenberg, 1987; Schreier & Libow, 1993; Eisendrath, 1996; Taylor, 1996).

En nuestro estudio, de los nueve niños que presentaban algún grado de participación, tres de ellos lo hacían en un nivel de “participación activa”, según la clasificación que propone Palmer (1998). Estos niños eran los mismos que en el apartado anterior presentaban síntomas en el hospital, su conducta era activa respecto de las acciones para generar la enfermedad pero ingenua respecto a las consecuencias. Durante el tratamiento, estos tres niños necesitaron una mayor vinculación por parte del terapeuta. La imposibilidad de medir alteraciones en el vínculo materno-filial durante la infancia y adolescencia temprana, nos obliga a determinar el grado de afectación de la relación vincular de forma indirecta. La intensidad del vínculo que tiene que crear el terapeuta con la víctima para desligarla de la enfermedad, puede ser una forma de medida (Zeanah & Emde, 1994). Por tanto, podríamos concluir que estos tres casos presentaban una mayor afectación del vínculo materno-filial.

Las seis víctimas restantes presentaban un nivel de colaboración que Parnell, (1998) identifica con “aceptación pasiva”. Estos niños de alguna manera sabían del engaño, pero no daban información al

respecto. En relación a su planteamiento terapéutico la intensidad del vínculo a establecer con ellos por parte del terapeuta era menor que en los casos anteriores. En la evolución, una vez conseguida su autonomía, estos pacientes revelaron el conocimiento de la enfermedad facticia por poderes.

El restante 52,7% recoge una variedad de situaciones concretas respecto al conocimiento de la enfermedad por parte de las víctimas, representando el grupo de niños que no colaboraban en el mantenimiento de la enfermedad. En nuestra opinión, el vínculo materno-filial estaba gravemente afectado. La repercusión en la intensidad de la vinculación que el terapeuta tenía que plantear era tan grande que en varios casos (9, 10, 11 y 12) no se pudo conseguir. Las madres de este grupo precisaron de intervenciones medicas, legales y sociales mas costosas y complejas y las víctimas de este grupo estaban en riesgo de sufrir o sufrieron mayores daños físicos.

En cuanto al estudio del daño permanente causado en el niño por las conductas maternas, debemos señalar que nosotros tenemos, únicamente, un caso (numero 9) en el que los comas hipoglucémicos, producidos por la administración materna de insulina, causaron un grave e irreversible retraso en el desarrollo psicomotor de la víctima.

Este caso, representa el 5,3% de la muestra, ligeramente inferior a los datos aportados por Sheridan, de un 7,3% y Rosenberg que describe un tanto por ciento no inferior al 8%. Este porcentaje resulta suficiente, en nuestra opinión, para determinar la gravedad pronostica del síndrome de Munchausen por poderes.

Las consecuencias psicológicas que tiene este síndrome en las víctimas, son incuestionables; aunque se carece de estudios sistemáticos

que las valoren (Libow, 2002). Esta autora concluye en su estudio que los riesgos de psicopatología entre las víctimas supervivientes a esta enfermedad es muy alto y propone un seguimiento permanente para detectar cualquier alteración en estos niños y adolescentes de la forma mas rápida y fiable, aconsejando intervenciones mas efectivas dentro del sistema familiar, con implicaciones positivas para generaciones futuras.

Nosotros, creemos que el conocimiento aportado al seguir a estos pacientes puede permitir identificar su psicopatología tempranamente y hacer los abordajes terapéuticos apropiados.

En cuanto al conocimiento de la extensión del síndrome a los hermanos de la víctima, nuestra muestra de pacientes afectados de síndrome de Munchausen por poderes que tenía hermanos con enfermedad similar o sospecha de enfermedad similar era del 68,5%. Esta cifra se reduce ligeramente al valorar solo numero de familias (15) pasando a ser del 60%. Este ultimo porcentaje se aproxima más al 61,3% publicado por Sheridan (2003). Cuando nos limitamos a analizar el numero de hermanos muertos por estas conductas, encontramos que dos hermanos del caso 4 habían fallecido, por sofocación e intoxicación no-accidental, respectivamente. En nuestra casuística, un caso tenía victimas mortales, lo que representaba el 5,3% de la muestra, pero si consideramos que eran dos los niños que habían fallecido, el porcentaje se eleva al 10,6%, cantidad que figura entre el 8,6% hallado por Rosenberg (1987) y el 25% publicado por Sheridan (2003). Estos datos confirman la gravedad pronostica de esta enfermedad.

La evaluación de la siguiente variable resulta uno de los aspectos mas controvertidos y dolorosos de esta enfermedad. Determinar el grado de afectación que tienen las víctimas como consecuencia de las



intervenciones medicas, resulta complejo y necesario. La yatrogenia medica es un enorme riesgo para todos los implicados en el síndrome y puede variar en intensidad, secuelas y consecuencias (Schreier, 2002b).

Los efectos que produce la equivocación que puede tener un medico en este síndrome, se ven excedidos por la insuperable mentira de toda la enfermedad. Pero esto no excluye los sentimientos de frustración de un profesional que pone toda su buena voluntad en ayudar a sus pacientes o el riesgo de verse envuelto en un proceso judicial acusado de mala practica medica. Para su defensa queremos añadir que esta alteración solo se considera desde la perspectiva de la víctima, no así desde el punto de vista del profesional medico que al ser engañado actúa adecuadamente frente a la supuesta patología, pero se produce yatrogenia porque dicha patología no existe.

Los errores potenciales que pueden cometer los médicos implicados en esta enfermedad van desde la equivocación diagnostica o pseudomunchausen por poderes (Feldman & Allen, 1996), pasando por todo tipo de pruebas potencialmente dañinas, innecesarias y repetitivas, hasta tóxicos tratamientos farmacológicos o intervenciones quirúrgicas con riesgo letal (Rosenberg, 1995). Por ello, ante el planteamiento de una defensa legal, resultará incuestionable la necesidad de un experto en el conjunto del complejo mundo del síndrome de Munchausen por poderes para poder dar una visión real y apaciguada de los hechos ante los jueces y ayudarles en sus decisiones.

A la hora de valorar esta variable en nuestra muestra, hemos detectado en principio la facilidad de cometer errores en el diagnostico, confirmando el síndrome solamente en 19 de los 54 casos iniciales. Según esta casuística el 64,8% tuvieron riesgo de ser pseudomunchausen

por poderes, diagnóstico que finalmente quedó relegado a 3 casos de pseudomunchausen por poderes con síntomas físicos y precisándose los diagnósticos psiquiátricos correspondientes de 13 casos que habrían sido pseudomunchausen por poderes con síntomas psíquicos. El aspecto de la yatrogenia que se refiere a pruebas diagnósticas innecesarias y/o cirugía “en blanco” fue evidenciado en 12 casos de la muestra (63%).

Es curioso, que a pesar de la aparente preocupación que produce entre los médicos esta patología y sus consecuencias en la medicina, resulte especialmente difícil encontrar datos concretos que reflejen su incidencia real (Schreier, 2002a).

El último apartado estudiado en relación con las víctimas fue la constatación de la intervención de los servicios de protección a menores, que se verificó en 7 casos, es decir en el 36,8% de los mismos, cifra similar a la encontrada por Sheridan en su revisión, que fue del 32,4%.

Hemos de aclarar que todos los casos fueron informados, en el momento del diagnóstico, a los servicios de protección de la infancia. Los casos intervenidos lo fueron para separar a la víctima de la perpetradora y detener los abusos. Tristemente, se confirmó la dificultad de hacer un seguimiento adecuado de estos casos cuya evolución se nos ocultó sistemáticamente. A propósito de ello, se sugiere el interés, también mencionado por otros autores, de la creación de un registro acumulativo de casos (Ayoub y cols., 2003).

#### 5.8.2 VARIABLES CATEGORICAS EN LAS PERPETRADORAS

Se analizaron doce variables que se dieron en las quince perpetradoras de nuestros casos de síndrome de Munchausen por poderes.

En primer lugar, se pretendió determinar el tipo de parentesco que unía a la víctima con la abusadora. El porcentaje de madres biológicas en nuestra muestra fue del 93,4%, siendo la madre de los casos 10 y 11 la única madre adoptiva. Otros autores proponen un 98% de madres biológicas en su muestra (Rosenberg, 1987) o un 76,5% (Sheridan, 2003). Estos autores mencionan la poca información que se describe sobre las madres en los artículos revisados; de tal manera que, los 451 casos de la revisión de Sheridan, quedaban reducidos a 271 casos en los que se comentaban aspectos de la madre.

Es interesante añadir, que esta madre por su condición de adoptiva y su expresado temor al maternaje era firme candidata a no establecer ningún tipo de vínculo materno-filial, lo que daba peor pronóstico. Los hechos confirmaron nuestros temores al contrastarse la imposibilidad de su tratamiento, por lo que se aconsejó la temprana intervención de los servicios de protección al menor y la separación víctimas-perpetradora, para detener los abusos. Las esperadas consecuencias de la brusca retirada de los hijos no se produjeron, pero las conductas tipo Munchausen en si misma, que ya presentaba la madre en sus antecedentes, se vieron incrementadas a partir de ese momento.

Precisamente, estas conductas tipo Munchausen en los antecedentes de las perpetradoras, es una característica ampliamente debatida en la literatura del tema (Meadow, 1982; Jimenez y cols., 1987; Bools y cols., 1993). En nuestro trabajo, el 26,7% de las madres tenía un diagnóstico de trastorno facticio comorbido. Esta cifra se acerca mucho al 29,3% reflejado en el trabajo de Sheridan (2003) que incluye a los perpetradores diagnosticados con trastorno facticio o con rasgos sugerentes del mismo. Asimismo, Rosenberg informa un total del 24% ,

separando el 10% con diagnósticos de trastorno facticio y el 14% con rasgos sugerentes del mismo. Mientras que en la revisión que hace Bools y cols. (1993) de 47 casos especialmente graves, aporta hasta un 72,3% de trastorno facticio o somatoforme, que no permite precisar el porcentaje exacto de trastorno facticio asociado.

Dado que esta conducta es un reconocido signo de riesgo para el síndrome de Munchausen por poderes, resulta evidente que las cifras no concuerdan con las esperadas (Schreier, 1997). Nosotros creemos que puede ser debido a la dificultad de precisar el trastorno facticio con síntomas psíquicos en una perpetradora, especialmente cuando la paciente tiene otro diagnóstico psiquiátrico y esta en tratamiento con otro especialista. En nuestro estudio, precisamente, de las cuatro madres que padecían trastorno facticio, tres de ellas tenían otro diagnóstico psiquiátrico, y la cuarta (madre del caso 5) era un trastorno facticio con síntomas psíquicos. Quizás, reconocer este hecho puede resultar a favor de mejorar nuestros niveles de comunicación interprofesional, con el consiguiente beneficio para todos los implicados en este síndrome. Afortunadamente, en estos tres últimos años se ha producido un incremento notable de artículos psiquiátricos referentes al tema (Feldman, 2002; Libow, 2002; Schreier, 2002; Jiménez & López-Rico, 2003); aunque pensamos que nos queda mucho trabajo por hacer, para resolver esta aparente discordancia porcentual.

En relación a la búsqueda de un posible perfil psicopatológico, determinamos el porcentaje de madres en nuestra muestra que tenían algún diagnóstico psiquiátrico y estaban o habían estado en tratamiento por él, que fue del 66,6%. Esta cifra resulta intermedia entre la aportada por Bools y cols. (1993), de un 86% de historia psiquiátrica previa que

obtienen en su estudio de 47 madres perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes y un 22,8% informado por Sheridan (2003), que lo obtiene de aquellos casos de su revisión en los que se dan datos psiquiátricos sobre las madres perpetradoras. Los diagnósticos psiquiátricos que prevalecían tanto en nuestra muestra como en las revisiones publicadas eran la depresión, el trastorno de la personalidad, en especial histriónico y borderline; y, por supuesto, todo tipo de conductas adictivas (etilismo, cleptomanía, abuso de sustancias, ludopatía, ninfomanía).

A pesar de los datos expuestos, el perfil psicopatológico específico de las perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes, no se ha concretado. En nuestra opinión, y basándonos también en una interesante revisión que hace Oliver (1985) de 147 madres con conductas de abuso para con sus hijos, en la que incluye por primera vez un trastorno específico de la personalidad tipo Munchausen, para aquellas madres de su muestra que han abusado físicamente de sus hijos, en el contexto de un Trastorno Facticio por poderes, puede existir un mismo perfil psicopatológico para todas las madres perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes. Este perfil correspondería a un tipo de comportamiento similar al que tienen los adictos, centrando el objeto de adicción en la recompensa hallada en el ambiente hospitalario. Probablemente, este aprendizaje se basa en haber recibido un refuerzo positivo precoz, en la infancia, por conductas familiares excesivas relacionadas con la enfermedad, que habrían constituido unos estímulos previos gratificantes en la mente infantil de la perpetradora y que posteriormente se habrían convertido en una forma anómala y repetitiva de obtener gratificación en la mente adulta.

Un aspecto interesante a constatar es la aparición de síntomas depresivos coincidiendo con periodos de abstinencia de la conducta, igual que ocurre en otras adicciones. Precisamente, la madre de nuestro caso numero 4, hizo un cuadro depresivo severo, secundario a la intervención judicial que la obligó a interrumpir bruscamente su acceso a los hospitales y la dejó sin sus mecanismos habituales de recompensa cerebral.

Con relación a otros comportamientos adictivos asociados, que son interpretados en la literatura medica como factores de peor pronostico en el síndrome de Munchausen por poderes (Meadow, 1984), nosotros consideramos que no necesariamente ha de ser así. La madre anteriormente referida, del caso 4, no tenía otras conductas adictivas y sin embargo era sin discusión el caso mas grave, por sus consecuencias de dos víctimas mortales (Reig del Moral y cols., 1986).

Otra variable que viene siendo estudiada con interés, es la existencia de abusos de todo tipo en los antecedentes infantiles de la perpetradora. En nuestros resultados, el 26,6% de las madres tenían estos antecedentes, sin que podamos excluir que las restantes madres no hubiesen sufrido abusos en su niñez, dado que es una pregunta que no siempre se hace en la anamnesis clínica. Los datos de Sheridan, un 21,7% de madres afectadas de este problema son también bajos, respecto de lo que se suponen las cifras reales. Sin embargo, en el trabajo de Bools y cols. (1993) se menciona un alto porcentaje de abusos físicos, abusos sexuales o negligencia en la propia infancia de estas madres. Todo ello nos induce a buscar con mayor profundidad este conocimiento en las madres perpetradoras, en especial si consideramos que la raíz del problema que supone el maltrato infantil esta en la propia infancia del

maltratador y como propone la Dra. Libow (2002) ser víctima de un síndrome de Munchausen por poderes puede predisponer al establecimiento de una futura conducta de falsificación de enfermedad.

Un aspecto que plantea controversia, son los supuestos conocimientos médicos o de enfermería que tienen estas madres. Nosotros tenemos un 20% de madres que podrían pertenecer a este grupo, de ellas, dos eran profesionales entrenadas (enfermeras) y la tercera había sido hermana hospitalaria durante muchos años. Sheridan aporta un 14,2% de madres profesionales de la enfermería. Nosotros sugerimos que muchas veces, los conocimientos médicos que parecen mostrar las madres perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes, pueden proceder de la información que recogen de los profesionales de la medicina durante el tiempo que dura la enfermedad.

En nuestro trabajo, planteamos una variable que denominamos de forma esquemática “madre perfecta”. Con ella, queríamos identificar un comportamiento, típico de estas madres, que consiste en mostrarse solidarias con el personal sanitario, colaborando siempre que pueden con las tareas hospitalarias y prestando atención o cuidados a otros pacientes, además de a sus propios hijos (Meadow, 1987). El 60% de nuestras madres coincidía con esta denominación. Curiosamente, esto nos permitió comprobar que el resto de madres presentaba una actitud completamente diferente de la anterior o al menos ambivalente respecto del ambiente hospitalario, aparentando ser ambos grupos, las dos caras del mismo comportamiento adictivo. Hemos querido resaltar este hecho, porque entendemos que cuando existe la sospecha de estar ante un caso de posible síndrome de Munchausen por poderes, el reconocimiento de esta variable puede ayudar a identificarlo, siendo evidente que las dos

formas de relación con el medio hospitalario resultarían válidas para dicha identificación.

Otra característica que hemos analizado, ha sido la existencia de gestaciones en las perpetradoras con molestias excesivas o trastornos relativos al desarrollo del embarazo (Jureidini, 1993). En nuestra muestra, 73,3% de las madres, referían en la anamnesis que durante los periodos de sus embarazos se habían encontrado especialmente molestas, aquejadas con vómitos y/o metrorragias (cuatro de ellas), o habían tenido algún tipo de dificultad en el parto y final del embarazo, como partos pre o post maduros y fórceps (las tres restantes). Este resultado, nos permite concluir que la anamnesis de las gestaciones es un dato imprescindible a tener siempre en cuenta. Sin embargo, este factor nos parece, únicamente, otro estímulo estresante más para estas mujeres, que ya se caracterizan por su poca tolerancia a las situaciones de estrés. Cuando quisimos determinar si existía una tendencia de mayor afectación durante los embarazos concretos de las víctimas no observamos ninguna relación positiva.

A continuación pasamos a discutir un aspecto muy importante que puede también contribuir a un deficiente diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes. La existencia de problemas sociales añadidos, en el entorno de esta patología, que coincidía en todos nuestros casos con peores pronósticos, como refleja repetidamente la literatura (Meadow, 2002), se producía en el 40% de las familias. En la mayoría de los casos estos problemas venían acompañados de solicitudes de ayuda económica por parte de las madres. La efectiva consecución de estas ayudas podría poner en cuestión el diagnóstico para algunos autores, ya que la existencia de ganancia secundaria es un criterio de exclusión para el



síndrome de Munchausen por poderes (CIE-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Sheridan (2003) en su revisión encuentra un 5,3% de casos en los que hay ganancia secundaria. Esta discrepancia entre nuestro porcentaje y el referido por Sheridan podría estar indicando, precisamente, que una serie de casos que serían en la práctica auténticos síndromes de Munchausen por poderes se estarían identificado como simulaciones, pasando a formar parte del grupo constituido por los falsos diagnósticos negativos, en los cuales se minimiza el grave riesgo del síndrome.

Los siguientes aspectos que se discuten son dos variables que están relacionadas, al menos en parte. La primera de ellas es la constatación de que la madre perpetradora del abuso no estaba viviendo con el padre biológico de la víctima, lo que ocurría en el 26,6% de los casos. La segunda se refiere a la existencia de conflictos importantes en las relaciones de pareja de estas madres, lo que se producía en el 46,6% de las familias.

Estas características están escandalosamente poco estudiadas en la literatura referente al tema. Las cifras presentadas por Sheridan son alarmantes, en el 74% de los perpetradores/as de su revisión, se desconocía incluso el dato sobre el estatus marital y de los que sí se conocía, el 88,8% estaban casados. El autor sugiere que, al menos, algunos de estos matrimonios no eran felices. En la revisión de Rosenberg ni tan siquiera se hace referencia al tema. Hay que hacer constar que Bools y cols. (1993) en su estudio de 54 familias afectadas de gravísimos cuadros de síndrome de Munchausen por poderes, refiere situaciones de violencia doméstica en el 75% de los casos.

Nuestros resultados indican la dificultad que estas mujeres tienen para establecer una adecuada relación de pareja. En principio, nos encontramos con un grupo de ellas que no habían podido mantener su relación con los padres biológicos de sus hijos; mientras que cuando estudiamos el nivel de ajuste conyugal de nuestras madres, resultó evidente que siete de ellas tenían graves conflictos con su pareja, incluyendo malos tratos y violencia doméstica; siendo un hecho, que las restantes referían siempre un alto grado de infelicidad y soledad en su matrimonio. La característica común a todos los compañeros de nuestras madres, es su dependencia de estas y su tendencia a permanecer ausentes de la vida familiar (Libow, 2002). En nuestra opinión, este tipo de relación era secundario a la tendencia de las perpetradoras a elegir maridos con pobre personalidad y, a ser posible, “enanos”, “paralíticos” o psicopatológicos, de nivel cultural muy inferior al suyo y al margen de todo, pero con la indiscutible condición de mantener el lazo matrimonial, a toda costa (Meadow, 1985; Jiménez y cols., 1987). Esto explica la repetida ausencia de los padres en las consultas y plantea varias posibilidades futuras, ya que conseguir la colaboración y el apoyo de la figura parental, creemos que podría ayudar en un mejor tratamiento y rehabilitación de las familias afectadas.

En relación a determinar los aspectos forenses en nuestra muestra, presentamos un 6,6% (una madre) de perpetradoras juzgadas por su conducta. Esta cifra está próxima a la publicada por Sheridan en su revisión de 271 casos, que encuentra 5,1% de madres convictas y al 8% que informa Rosenberg en sus 117 casos estudiados. Resulta evidente que la falta de uniformidad en los criterios médicos que definen el síndrome de Münchausen por poderes, en la actualidad, se

extiende a la sociedad y por ende a la justicia (Schreier, 2002b). La repercusión que esto tiene hace que sean los casos con víctimas mortales los que con mayor frecuencia alcancen la corte judicial; y, paradójicamente, sean las denuncias por falsa alegación de síndrome de Munchausen por poderes presentadas por padres afectados, las que estén en segundo termino (Meadow, 1993a).

La excelente experiencia que tuvimos con la intervención judicial que se hizo en nuestro caso numero 4, nos permite concluir que homologar un adecuado peritaje es imprescindible para evitar sentencias condenatorias, mas allá de la condición eximente que da una patología psiquiátrica contrastada en el/la perpetrador/a. En dicha intervención, la madre perpetradora fue considerada en todo momento enferma psiquiátrica y prevaleció la idea de que cuando hacía daño al niño, no intentaba perjudicarlo, sino que temía perderle y sus acciones iban encaminadas siempre a conseguir que los médicos le asegurasen la salud de sus hijos (Jiménez y cols., 1987).

Respecto de la orientación forense que se debe dar en las denuncias presentadas contra los médicos, creemos que puede resultar una estrategia adecuada, plantear la defensa desde el punto de vista del profesional medico y no de la víctima, ya que el pediatra actúa adecuadamente frente a la supuesta patología, pero al ser engañado y dicha patología no existir, no habría lugar a imputabilidad.

Sin embargo, en lo que respecta a los psiquiatras, sí verían aumentada su responsabilidad profesional ante la justicia, al ser una enfermedad psiquiátrica (Parnell y Day, 1998). La necesidad de uniformar criterios será su mejor defensa frente a la posible acusación legal de mala práctica.

Finalmente, pasamos a discutir un ultimo aspecto que creemos muy importante en la consideración pronostica y en el tratamiento de estas madres. La variable “admite el engaño” se daba en el 53,3% de las madres. Para nosotros, este grupo de madres eran aquellas que ante la confrontación con la realidad, realizada por el autor de este trabajo, reaccionaban aceptando los hechos por completo, con el resultado de la desaparición de los síntomas. Precisamente, existe una controversia en la literatura medica, acerca de la utilidad que para diagnosticar el síndrome pudiera tener la confrontación, considerándola como una simple exposición de los hechos ante la madre para demostrarle el abuso, y sin incluir la resolución de los síntomas como fin ultimo de este método. En nuestra opinión, ese concepto es cuestionable y no contempla los beneficios terapéuticos que ha de tener la cuidadosa planificación de la confrontación, para la resolución del cuadro. La verificación del síndrome de Munchausen por poderes, a menudo es muy difícil. De los 451 casos que revisa Sheridan, presentan algún tipo de prueba, que pretende demostrar el síndrome, independientemente del diagnostico de los autores, en 164 casos. Dichas pruebas se reparten en 54 casos en los que se resuelven los síntomas al separarse la víctima del perpetrador; 60 casos en los que existían filmaciones en video de la fabricación de los síntomas y 50 últimos casos en los que el/la perpetrador/a admitía total o parcialmente la realidad de los hechos. La admisión del engaño como prueba es cuestionada por Sheridan , ya que, es de todos conocida, la capacidad manipuladora de las perpetradoras y su tendencia a desdecirse. Esta consideración es la que nos hace exigir la resolución de los síntomas para que la aceptación de la confrontación, como prueba diagnostica, tenga sentido. Además, otro aspecto a tener en

cuenta, es el grave riesgo que se puede producir ante una confrontación mal planificada, si la madre reacciona con temor y huye con el hijo, buscando compulsivamente otro hospital en el que repetir su conducta.

En el resto de las perpetradoras (46,7%) que no aceptaron la confrontación, nos vimos obligados a practicar la separación física de la víctima y el/la perpetrador/a.

En el análisis realizado para buscar alguna asociación significativa entre las diferentes variables estudiadas en las madres, observamos que existía una relación significativamente positiva entre esta última característica de admitir el engaño y la que identificaba a las denominadas madres perfectas. En nuestra opinión, esta asociación es lógica, puesto que las madres con conductas colaboradoras extienden su colaboración a la misma confrontación y tratamiento, siendo fundamental para el terapeuta, saber aprovechar esa buena disposición desde el primer momento.

## CONCLUSIONES

## 6.1 GENERALES:

1ª. La potencialidad de daño está en cualquier síndrome de Munchausen por poderes, independientemente de la gravedad aparente. El fingimiento y la exageración de signos y síntomas o la falsificación de muestras de laboratorio contiene en principio la posibilidad, en cualquier momento, de convertirse en producción de signos y síntomas que pueden poner en peligro la vida de la víctima.

2ª. Una de las dificultades inherentes a esta patología esta en que la víctima-niño que la sufre es diferente en edad a la madre-perpetradora que la padece, por tanto dependen de dos profesionales distintos, que pueden no estar coordinados.

3ª. Ante todo síndrome de Munchausen por poderes, el primer objetivo es parar de inmediato el abuso en el niño y/o sus hermanos, para impedir que evolucione hacia una situación irreversible.

4ª. La consideración del síndrome de Munchausen por poderes como una enfermedad psiquiátrica del perpetrador, implicará siempre la obligada intervención de un especialista en psiquiatría.

5ª. La notificación a los Servicios de Protección de Menores, es preceptiva por ley, sin embargo, es conveniente que dichos servicios no hagan una intervención prematura, antes de que sea psiquiátricamente indicado.

## 6.2 PARTICULARES

1ª. Para precisar el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes se proponen los siguientes criterios:

1º Síntomas o signos de enfermedad en el niño, intencionadamente inventados, inducidos o fabricados, por un padre/o madre o persona que está “in loco parentis”.

2º Presentación del niño para consulta, de manera persistente, resultando a menudo en múltiples intervenciones médicas y quirúrgicas.

3º Desconocimiento de la etiología de la enfermedad por parte del perpetrador.

4º Existencia de un perfil psicopatológico concreto, como hecho constante en el/la perpetrador/a. La motivación es satisfacer sus propias necesidades a través de falsificar la enfermedad en la víctima y presenta un comportamiento adictivo y compulsivo, característico de satisfacción, con todos los temas relacionados con la medicina que se incrementa en las situaciones de estrés.

5º Patología del vínculo perpetrador/a/-víctima, con dificultades en la individualización-separación, referidas al campo de la enfermedad y de los hospitales, que paradójicamente puede llegar a causar la participación directa de la víctima en el engaño.

6º No existe ninguna otra causa somática, psiquiátrica o social que explique etiologicamente el caso.

7º Las consecuencias del síndrome son muy importantes, con grave coste social, judicial, familiar y personal.



2ª Las características comunes a los pacientes con Trastorno Facticio en la infancia eran sus experiencias tempranas de aprendizaje con refuerzo positivo de las conductas de enfermedad, la visión del hospital como un medio benefactor, la existencia de un ambiente familiar desestructurado, la percepción de abandono materno y la existencia de abusos por negligencia o maltrato emocional.

3ª El perfil psicopatológico de los niños con Trastorno Facticio coincidía con rasgos histriónicos, hipocondríacos y de dependencia al hospital, presentando tendencia a la pérdida de control, compulsividad y un temor casi fóbico a las relaciones interpersonales que les colocaba en el aislamiento y promovía su negación de la realidad y su refugio en la vida hospitalaria como alternativa. Finalmente, su relación materno-filial se veía afectada, de forma totalmente desinhibida, de una patología vincular que reclamaba la urgente adquisición de autonomía personal.

3ª Entre las características comunes a los niños-víctimas del síndrome de Munchausen por poderes no había experiencias de aprendizaje de las conductas de enfermedad, anteriores al inicio del síndrome, considerando que solo aquellos que confabulaban con la madre estaban aprendiendo la conducta de enfermedad.

4ª La visión del medio hospitalario, que tenían los niños víctimas de síndrome de Munchausen por poderes, no era en absoluto la de un ambiente protector; mantenían una actitud de indiferencia, enfado o desacuerdo constante con los médicos, no relacionada en principio con la

mantenida por sus madres, las cuales, por otra parte, no solían dejarles solos ni un momento.

5ª En las familias, de nuestros casos de síndrome de Munchausen por poderes, se evidenciaba la existencia de conflictos conyugales frecuentes, con padres varones no implicados emocionalmente en la familia, pobres de espíritu o “ausentes”, problemas sociales y experiencias de traumas tempranos por abuso o negligencia

6ª Los niños víctimas de síndrome de Munchausen por poderes, carecían de control sobre la enfermedad, su postura era de sumisión y pasividad, adoptando una actitud de inhibición y sometimiento al drama de la enfermedad, similar a la mantenida con la madre, como consecuencia típica de la patológica relación vincular materno-filial que les unía. En la búsqueda de un perfil que identificase a las víctimas, no hemos encontrado ninguna característica significativa, a excepción de su obligado aislamiento social y escolar que repercutía gravemente en su maduración y la mencionada relación patológica materno-filial que demandaba conseguir la autonomía individual no adquirida en todas las víctimas.

7ª Se ha comprobado la existencia de un perfil psicopatológico común en todas las perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes. Dicho perfil es un comportamiento de adicción a los hospitales, aprendido en su infancia por conductas relacionadas con el papel de enfermedad que tuvieron recompensas precoces, y ligado a la existencia de traumas tempranos, abusos frecuentes y trastornos del vínculo propio

materno-filial. Esta adicción genera unas conductas de engaño hacia los hospitales que son compulsivas y aumentan con situaciones de estrés.

8ª La conducta adictiva común y básica de las perpetradoras de síndrome de Munchausen por poderes, presenta un alto grado de comorbilidad psiquiátrica con otras adicciones, depresión y trastornos de la personalidad.

9ª Se deduce que no existe una preferencia de víctima, a no ser la que implica la existencia de una mayor patología en la afectada relación vincular madre-hijo; pudiendo ejercer esta adicción hospitalaria, según la oportunidad y siempre en distintos momentos, en ella misma o en uno u otro hijo. Son madres con rasgos hipocondriacos extendidos al hijo-víctima, que temen por la salud de sus hijos, a los que no desean dañar, pero la parte activa de su conducta perpetradora esta tapada por la gratificación que constituye su conducta adictiva.

10ª La actitud de las perpetradoras en el entorno hospitalario tiene dos presentaciones contrarias, que pueden ser esquematizadas en forma de “madre colega”, cuando percibe a los médicos como benefactores y “madre conflictiva” cuando los percibe como hostiles; evidenciándose que las perpetradoras con actitud de “madre colega” tiene un mejor pronóstico terapéutico.

11ª La demostración de conocimientos médicos en todas las madres perpetradoras frente a la escasa proporción de auténticas profesionales

de la salud entre ellas, nos indica un aprendizaje indirecto a través de la información proporcionada durante las largas estancias hospitalarias.

12<sup>a</sup> La existencia de patología del vínculo materno-filial y por tanto la necesidad de autonomía, se ha constatado en todos los casos con síndrome de Munchausen por poderes, entre la perpetradora y la víctima.

13<sup>a</sup> Se detecta, en nuestra muestra, un tiempo significativamente superior al esperado entre la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y el momento en el que se realiza el diagnóstico definitivo de síndrome de Munchausen por poderes.

14<sup>a</sup> La diversidad de síntomas que aparecen en un caso diagnosticado de síndrome de Munchausen por poderes, abarcan todas las especialidades médicas y quirúrgicas, no existiendo un patrón homogéneo que pueda identificarse en la descripción. Esta diversidad es considerada en sí misma un rasgo del síndrome.

15<sup>a</sup> En algunos casos en los que se observó ganancia secundaria, esta no excluía el diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes

16<sup>a</sup> El síndrome de Munchausen por poderes tiene un tratamiento específico con la participación de un especialista en psiquiatría.

17<sup>a</sup> El abordaje terapéutico del trastorno del vínculo se hace desde las tácticas de vinculación, del profesional psiquiatra, con la víctima por una parte y con la perpetradora por otra, seguidas de una terapia diádica para

conseguir la necesaria autonomía de cada uno de los protagonistas del cuadro.

18ª La técnica de confrontación de la madre con la realidad ha sido utilizada como método terapéutico de elección, verificando su eficacia al parar los abusos.

19ª La separación física de víctima y perpetrador ha sido utilizada como método de segunda elección cuando el anterior no era eficaz.

20ª Se confirma la necesidad de dar una información psiquiátrica adecuada, completa y comprensible que uniforme la correcta intervención judicial al respecto, cuando esta se produce.

21ª Se propone hacer un seguimiento a largo plazo, de las víctimas de síndrome de Munchausen por poderes, debido al riesgo futuro de repetir las conductas aprendidas, relativas a la enfermedad.

22ª También se propone el seguimiento psicoterapéutico de las madres-perpetradoras hasta su curación definitiva.

23ª Sería interesante la formación de un grupo de expertos para facilitar la detección de estos casos y mejorar su pronóstico en nuestro país, además de ofrecer la colaboración a otros grupos internacionales que ya trabajan en el mismo sentido.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABE, K., SHINOZIMA, K., OKUNO, A., ABE, T., & OCHI, H. (1984). Munchausen's syndrome in children: Bizarre childhood and laboratory features. *Acta Paediatrica Japan*, 26, 539-543.

ADSHEAD G. & BROOKE D. (1999). *Munchausen's Syndrome by Proxy: Current Issues in Assessment, Treatment and Research*. Imperial College Press, Londres.

ADUAN, R.P., FAUCI, A.S., & DALE, D.D. (1979). Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of literature. *American Internal Medicine*, 90, 230-242.

ALEXANDER, R., SMITH, W., & STEVENSON, R. (1990). Serial Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 86, 581-585.

ALLISON, D.B. & ROBERTS, M.S. (1998) *Disordered Mother or Disordered Diagnosis? Munchausen by Proxy Syndrome*. The Analytic Press, Inc.

AMEGAVIE, L. (1986). Munchausen Syndrome by Proxy: A warning for health professionals. *British Medical Journal*, 293.855-856.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed., rev.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., rev.). Washington, DC: Author.

ARNOLD, S.M.; ARNHOLZ, D.; GARYFALLOU, G. & HEARD, K. (1998). Two siblings poisoned with diphenhydramine: A case of factitious disorder by proxy. *Annals of Emergency Medicine*, 32 (2), 256-259.

ARTINGSTALL, K. (1998). *Tactical Aspects of Munchausen Syndrome by Proxy and Munchausen Syndrome Investigation*. Boca Raton, FL, CRC Press.

ASHER, R. (1951). Munchausen's syndrome. *Lancet*, I, 339-341

AYOUB, C., ALEXANDER, R., BECK, D., BURSCH, B., FELDMAN, K., LIBOW, J., SANDERS, M., SCHREIER, H., & YORKER, B. (1998). Definitional issues in Munchausen by proxy. *The ASPAC Advisor*, 11 (1), 7-10.

AYOUB C.C., ALEXANDER R., BECK D., BURSCH B., FELDMAN K.W., LIBOW J., SANDERS M.J., SCHREIER H.A. & YORKER B. Position paper: definitional issues in Munchausen by Proxy (2002) *Child Maltreatment*, 7/2, 105-111.

BALDWIN, M.A. (1994). Munchausen by proxy: Neurological manifestations. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(1), 18-23.

BALLAS, S.K. (1996). Factitious sickle cell acute painfull episodes: a secondary type of Munchausen syndrome. *American Journal of Hemathology*, 53, 254-258.

BARKER, J.C. (1962) The syndrome of hospital addiction: A report of the investigation of seven cases. *Journal of Mental Science*, 108, 167-182.

BARSKY, A.J. (1992). Amplification, somatization and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 67, 77-79.

BARTSCH C., RISSE M., SCHUTZ H. & WEILER G. (2003). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse. *Forensic Sci.Int.*, 26, 137 (2-3), 147-151.

BATH, A.P., MURTY, G.E., & GIBBIN, K.P. (1993). Munchausen syndrome by proxy: Otolaryngologists beware! *Journal of Laryngology and Otology*, 107(2), 151-152.

BATSHAW M.L., WACHTEL M.G., DECKEL A.W., WHITEHOUSE P.J., MOSES III H., FOTCHMAN L.J. & ELDRIDGE R.. (1985) Munchausen's syndrome simulating Torsion Dystonia. *N.Engl.J.Med.* 312, 1437-1439.

BAYLEY N. (1977) *Escalas Bayley de Desarrollo Infantil*. Editorial T.E.A., Madrid.

BENEDECK, E., & SCHETKY, D. (1985). Allegations of sexual abuse in child custody and visitation disputes. In D. Schetky & E. Benedeck (Eds.), *Emerging issues in child psychiatry and the law*. New York: Brunner/Mazel

BLIX, S., & BRACK, G. (1988). The effects of a suspected case of Munchausen's syndrome by proxy on a pediatric nursing staff. *General Hospital Psychiatry*. 10, 402-409.

BOOLS, C.N., NEALE, B.A., & MEADOW, S.R. (1993). Follow-up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 69, 625-630.

BOROS, S.J., & BRUBAKER, L.C. (1992). Munchausen syndrome by proxy case accounts. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 61(6), 16-20.



BOURCHIER, D. (1983). Bleeding ears: Case report of Munchausen syndrome by proxy. *Australian Paediatric Journal*, 19, 256-257.

BRIDGES, K.W., & GOLDBERG, D.P. (1985). Somatic presentations of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal Psychiatric Research*, 9, 583-586.

BUSSEY, K., LEE, K., & GRIMBEEK, E.J. (1993). Lies and secrets: Implications for children's reporting of sexual abuse. In B. Goodman & B. Bottoms (Eds.), *Child victims, child witnesses: Understanding and improving testimony* (pp. 147-168). New York: Guilford

BYE A.M. & NUNAN J. (1992) Video EEG analysis of non-ictal events in children. *Clinical Experimental Neurology*, 29: 92-98.

CARRASCO, J.L.; SAIZ RUIZ, J.; HOLLANDER, E.; CESAR, J. & LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1994). Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scand.* 90, 427-443.

CASANOVAS A., TIO M.D., DELGADO F., ANDREU E. y JUAN M.J.(1995) Síndrome de Munchausen por Poderes. Un caso de maltrato familiar. *Anales Españoles de Pediatría*, 43, 63-64

CATALINA Mª L. & MARDOMINGO Mª J. (1995) Síndrome de Munchausen por Poderes: revisión de 35 casos de la literatura. *Anales Españoles de Pediatría*, 42, 269-274.

CHADWICK, D.L. & KROUSE, H.F. (1997) Irresponsible testimony by medical experts in cases involving the physical abuse and neglect of children. *Child Maltreatment*, 2(4).331-341.

CHINCHILLA MORENO, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Editorial Masson. Barcelona.

CHINCHILLA, A.; LANA, F.; GONZALEZ-PINTO, A.; MARTÍN, M.; GARCIA, R.; VEGA, M.; CAMARERO, M. & JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, J.L. (1987) Ambulatory depression. Comparative study between a child-juvenile group and an adult group. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. Sep-Oct; 15(5): 279-83.*

CHINCHILLA, A.; LOPEZ-IBOR, J.J.; CEBOLLADA, A.; CARRASCO, J.L.; VEGA, M.; JORDA, L.; VIÑAS, R.; SÁNCHEZ, P.; MORENO, I. & CAMARERO, M. (1989). Hysterical psychosis: clinical aspects and disease course. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. Jul-Aug; 17(4): 231-6.*

CICCHETTI, D. & CARLSON, V. (1989) Editors: *Child Maltreatment Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge University Press, Cambridge, England

CLARKE, E., & MELNICK, S.C. (1958). The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *American Journal of Medicine*, 25, 6-12.

CLOPTON J.R. (1978) MMPI scale development methodology, *J. Personality Assessment*, 42, 148-151.

CONDE LOPEZ V. & DE LA GANDARA J.J. (1985) Aproximación teórico-conceptual al llamado "Síndrome de Polle" o "Síndrome de Münchausen" en la infancia. *Anales de la Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 23, 139-148.

CONDE V., DE LA GANDARA J.J. & DE SANTIAGO JUAREZ J.A. (1985) Los trastornos ficticios en la infancia: Síndrome de Polle o Síndrome de Münchausen por poderes, *Revista de Neurología y Psiquiatría Infantil*, 6, 79-100.

CRAVEN, D.E., STEGER, K.A., & LA CHAPELLE, R. (1994). Factitious MIV infection: The importance of documenting infection. *Annals of Internal Medicine*, 121, 763-766.

CROFT, R.D., & JERVIS, M. (1989). Munchausen's syndrome in a 4-year-old. *Archives of Disease in Childhood*, 63, 740-741.

CROUSE, K. A. (1992). Munchausen syndrome by proxy: Recognizing the victim. *Pediatric Nursing*, 18, 249-252.

DE LEON, J.; PINO MORALES, M.; ALONSO, A. & DE LA SERNA, I. (1993). Neuropsychological findings in a case of simulation. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. Jul-Aug; 21(4): 127-130.

DE LEON, J.; SAIZ RUIZ, J. & CHINCHILLA, A. (1987). Why do some psychiatric patients somatize?. *Acta Psychiatrica. Scand.* 76, 203-209.

DIAZ HUERTAS, J.A.; CASADO FLORES, J.; GARCIA, E.; RUIZ DIAZ, M.A. Y ESTEBAN, J. (2000). Abused children. Role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, Jun; 52(6) 548-553.

DINE, M.S., & MCGOVERN, M.E. (1982). Intentional poisoning of children-an overlooked category of child abuse. Report of seven cases and review of literature. *Pediatrics*, 70, 32-35.

DiVASTO, P. & SAXON, G. (1992). Munchausen's Syndrome in law enforcement. *F.B.I. Law Enforcement Bulletin*. April: 11-14.

DONALD, T., & JUREIDINI, J. (1996). Munchausen syndrome by proxy. Child abuse in the medical system. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 150, 75-78.

ECKHARDT-HERIN, A. (1999). Factitious disorders and Munchausen's syndrome. The state of research. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49, 75-89.

EISENDRATH, S.J. (1996). Current overview of factitious physical disorders. In M.D. Feldman & S.J. Eisendrath (Eds.), *The spectrum of factitious disorders* (pp. 21-36). Washington, DC: American Psychiatric Press, INC.

EMINSON, D.M., & POSTLETHWAITE, R.J. (1992). Factitious illness: Recognition and management. *Archives of disease in Childhood*, 67, 1510-1516.

EMINSON, M., & JUREIDINI, J. (2003). Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 413-420.

ESCUADERO B., ZAPATERO M., ARITZMENDI M.C., ARANA I., MARDOMINGO M.J. y CATALINA M.L. (1993) Síndrome de Munchausen por poderes: actuación médica. *Acta Pediátrica Española*, 51, 759-764.

FELDMAN, M. (1994). Denial in Munchausen syndrome by proxy: The consulting psychiatrist's dilemma. *International Journal of Medicine*, 24(2), 121-128.

FELDMAN, M. & ALLEN D.B. (1996). "False-positive" factitious disorder by proxy. *Southern Medical Journal*, 89 (4), 452-453.

FELDMAN, M.D., & BROWN, R.M. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect*, 26, 509-524.

FELDMAN, M.D. & EISENDRATH, S.J. (1996). *The Spectrum of Factitious Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.

FELDMAN, M.D., & FORD, C.V. (1999). Factitious disorders. In Kaplan & Sadock (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1533-1543). Baltimore: JB Lippincott Williams & Wilkins.

FELDMAN, M.D., FORD, C.V., & REINHOLD, T. (1994). *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders*. New York: John Wiley.

FELDMAN, M.D., HAMILTON, J.C., & DEEMER, H.N. (2002). Factitious disorder. *Advanced Selected Topics in Psychiatry*, 6, 29-48.

FERNANDEZ J.M., ALONSO N., FERNANDEZ J.R. y CAÑIZARES J.C. (1991) Dermatitis artefacta. Patomimias, *Anales Españoles de Pediatría*, 35, 50-53.

FERNANDEZ-JAEN A., MARTINEZ-BERMEJO A., LOPEZ-MARTIN V. y PASCUAL-CASTROVIEJO I. (1998) Síndrome de Munchausen por poderes: Informe de un caso con epilepsia. *Revista de Neurología*, 26 (153), 772-774.

FINK, P. (1992a). Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *Journal Psychosomatic Research*, 36, 125-136.

FINK, P. (1992b). The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Medicine*, 22, 173-180

FISHER, G.C., MITCHELL, I. & MURDOCH, D. (1993). Munchausen's syndrome by proxy: The question of psychiatric illness in a child. *British Journal of Psychiatry*, 162, 701-703.

FISCHLER, R.S. (1983). Poisoning: A Syndrome of Child Abuse. *Attention Family Practitioner* 28 (6). 103.

FIRSTMAN, R. & TALEN, J. (1997). *The Death of Innocents: A True Story of Murder; Medicine, and High-Stakes Science*. New York, Bantam Books.

FOLKS, D.G. (1995). Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurol Clinical*, 13, 267-281.

FOLKS, D.G., FELDMAN, M.D., & FORD, C.V. (2000). Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. In A. Stoudemire, B.S. Fogel & D.B. Greenberg (Eds.). *Psychiatric care of the medical patient*, (pp. 458-475). New York: Oxford University Press.

FROST, J.D., Jr., GLAZE, D.G., & ROSEN, C.L. (1988). Munchausen's syndrome by proxy and video surveillance (Letter). *American Journal of Diseases of Children*, 142, 917-918.

GARCIA, F.J.; SERRANO, R.; DANIEL, E.; PEREZ, D. Y CALVO, J. (2000). Who keeps watch over the watcher? Munchause syndrome by proxy as a complication of tonsillectomy. *Anales Otorrinolaringologicos Ibero Americanos*, 27 (3). 249-254.

GAULT, M.H., CAMPBELL, N.R., & AKSU, A.E. (1988). Spurious stones. *Nephron*, 48, 274-279.

GEELHOED, G.C., & PEMBERTON, P.J. (1985). SIDS, seizures or esophageal reflux?. *The Medical Journal of Australia*, 143, 357-358.

GILL, G.V. (1992). The spectrum of brittle diabetes. *Journal Research Soc. Med.*, 85, 259-261.

GODDING, V., & KRUTH, M. (1991). Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 956-960.

GOMEZ DE TERREROS I., GOMEZ DE TERREROS M., SERRANO M., JIMENEZ GIRON A.V., SANCHEZ M., SALAZAR N., LOPEZ BARRIO A.M. y MALO J.M. (1996) Recurrent ingestion of foreign bodies Unusual presentation of Munchausen by proxy syndrome. *Child Abuse & Neglect*, Jul. 20 (7); 613-620.

GORGJO, J.J.; CANCER, E.; LAJO, T.; ALVAREZ, V. & MORENO, B. (1998). Hipoglucemias facticias: El medico en funciones de detective. *Endocrinología*, 45(5): 193-199.

GREEN, A.H., & SCHETKY, D.H. (1988). True and false allegations of child sexual abuse. In D.H. Schetky & A.H. Green (Eds.), *Child sexual abuse: A handbook for health care and legal professionals* (pp. 104-124). New York: Brunner/ Mazel.

GREEN, M., & SOLNIT, A.J. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics*, 34, 58-66.

GUANDOLO V.L. (1985) Munchausen syndrome by proxy: an outpatient challenge *Pediatrics*, 75, 526-530.

HALL, D.E.; EUBANKS, L.; MEYYAZHAGAN, S. Y COLS. (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics* 105 (6). 1305-1312.

HALSEY, N.A., TUCKER, T.W., REDDING, J., FRENTZ, J.M., SPROLES, T. & DAUM, R.S.(1983). Recurrent nosocomial polymicrobial sepsis secondary to child abuse. *Lancet*, 2, 558-560.

HARTO, A.; MUÑOZ, E.; SOPELANA,P.; DENIA, M.; LOZANO, M. & LEDO, A (1984). Otitis externa necrosante autoprovocada. *N. Arch. Fac. Med.*, 42 (9):425-426.

HYLER, S.E., & SUSSMAN, N. (1981). Chronic fictitious disorder with physical symptoms (the Munchausen syndrome). *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 365-376.

IFERE, O.A., YAKUBU, A.M., AIKHIONBARE, H.A., QUAITEY, G.E., & TAQI, A.M. (1993). Munchausen syndrome by proxy: An experience from Nigeria. *Annual of Tropical Paediatrics*, 13, 281-284.

JAFFE. J.H. (2000). Substances-Related Disorders. Biological Subtrates. In Kaplan & Sadock (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp.). Baltimore: JB Lippincott Williams & Wilkins.

JANI, S., WHITE, M., ROSENBERG, L.A., & MAISAMI, M. (1992). Munchausen syndrome by proxy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 343-349.

JIMENEZ J.L., ANCHUSTEGUI C., GONZALEZ-PINTO A., GARCIA MIURA R. Y ALONSO BLANCO M. (1986) Síndrome de Munchausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento *Revista Española de Pediatría*, 42, 411-420.

- JIMÉNEZ J.L. & FIGUERIDO-POULAIN J.L. (1996) Munchausen syndrome in Spanish pediatrics *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24 (1), 29-32.
- JIMENEZ J.L., OTERO E., ALONSO M.J. y APARICIO M. (1987a) Epilepsia ficticia *Revista Española de Pediatría*, 43, 501-506.
- JIMENEZ J.L., LOPEZ-IBOR ALIÑO J.J., YTURRIAGA R. Y SAINZ T. (1987b) El síndrome de Munchausen por poderes: un tipo especial de niños maltratados *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines*, 15, 333-343.
- JIMENEZ J.L. & LOPEZ-RICO M. (2003). Munchausen by proxy: a type of child abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 12 (2). I-43.
- JIMENEZ J.L., PELEGRIN C., GARCIA MIURA R., ALONSO M., SORIA C. y LEDO A. (1988) Dermatitis facticia en un niño de 12 años *Revista Española de Pediatría*, 44, 209-212.
- JIMENEZ J.L., RODRIGUEZ J.M., LOPEZ-IBOR J.J. y FIGUERIDO-POULAIN J.L. (1989) Factitious Strabismus in a 7-year-old girl *General Hospital Psychiatry* (in press).
- JONES, D.P.H. (1994). Editorial: The Syndrome of Munchausen by Proxy Child Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 769-771.
- JONES, V.F., BADGETT, T.J., MINELLA, J.L., & SCHUSCHKE, L.A. (1993). The role of the male caretaker in Munchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics*, 32, 245-247.
- JUREIDINI, J. (1993). Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (2), 135-137.
- KAPFHAMMER, H.P., DOBMEIER, F., & MAYER, C. (1998a). Conversion syndromes in neurology. A psychopathological and psychodynamic differentiation of conversion disorder, somatization disorder and factitious disorder. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 48, 463-474.
- KAPFHAMMER, H.P., ROTHERTHAUSLER, H.B., & DIETRICH, E. (1998b). Artifactual disorders between deception and self-mutilation. Experiences in consultation psychiatry at a university clinic. *Nervenarzt*, 69, 401-409.
- KAUFMAN, K.L., COURY, D., PICKREL, E., & McCLEERY, J. (1989). Munchausen syndrome by proxy: A survey of professionals' knowledge. *Child Abuse & Neglect*, 13, 141-147.
- KELLERMAN, J. (1993). *Devil's waltz*. New York: Bantam.

- KEMPE, C.H. (1975). Uncommon manifestations of the battered child syndrome. *American Journal of Diseases of Children*, 129, 1265.
- KING, B.H. & FORD, C.V. (1988). Pseudologia Fantastica. *Acta Psychiatrica Scand.* 77: 1.
- KINSCHERFF, R. & AYOUB, C. (2000). *Legal issues in Munchausen by proxy, in The Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*. Edited by Reece R. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- KINSCHERFF, R., & FAMULARO, R. (1991). Extreme Munchausen syndrome by proxy: The case for termination of parental rights. *Juvenile and Family Court Journal*, 40, 41-53.
- KNOCKAERT, D.C., VANNESTE, U., & VANNESTE, S.B. (1992). Fever of unknown origin in the 1980s. An update of the diagnostic spectrum. *Archives of Internal Medicine*, 152, 51-55.
- KOVACS, C., & TOTH, E. (1993). Factitious diabetes mellitus and spontaneous hypoglycemia. *Diabetes Care*, 16, 1294-1295.
- KROENKE, K., & MANGELSDORFF, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 122-128.
- KURLANDSKY, L.; LUKOFF, J.Y.; ZINKHAM, W.H.; BRODY, J.P. & KESSLER, R.W. (1979). Munchausen syndrome by proxy: definition of factitious bleeding in an infant by <sup>51</sup>Cr labeling of erythrocytes. *Pediatrics*, 63: 228-231.
- LANSKY, S.B., & ERICKSON, H.M., Jr. (1974). Prevention of child murder. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 13, 691.
- LEEDER, E. (1990). Supermom or child abuser? Treatment of the Munchausen mother. *Women and Therapy*, 9(4), 69-88.
- LIBOW, J.A. (1995). Munchausen by proxy victims in adulthood. A first look. *Child Abuse Neglect* 19:1131.
- LIBOW, J.A. (2000). Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics*, 105, 336-342.
- LIBOW, J.A. (2002). Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse and Neglect*, 26, 525-536.

- LIBOW, J.A., & SCHREIER, H.A. (1986). Three forms of factitious illness in children: When is it Munchausen syndrome by proxy?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 602-611.
- LIGHT, M.J., & SHERIDAN, M.S. (1990). Munchausen syndrome by proxy and apnea (MBPA): A survey of apnea programs. *Clinical Pediatrics*, 29, 162-168.
- LIM, L.C.C., YAP, H.K., & LIM, J.W. (1991). Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Singapore Paediatric Society*, 33(1-2), 59-62.
- LOFTUS, E. (1993). The reality of repressed memory. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.; LOZANO, M.; AVILA, J.J.; DENIA, M. & MUÑOZ, E. (1985). Purpura psicógena (Psicogenia y psicoterapia). En *Psiquiatría*. Ed: Toray. Barcelona. pp. 332-341.
- LOPEZ-LINARES, M. (1986). Síndrome de Munchausen infantil. *Anales Españoles de Pediatría*, 25. 225-226.
- LOZANO, M.; AVILA, J.J.; DENIA, M. & MUÑOZ, E. (1986). Análisis of the family structure in a case of psychogenic purpura. *General Hospital Psychiatry*, 8, 205-211.
- LYALL, E.G., STIRLING, H.F., CROFTON, P.M., & KELNAR, C.J. (1992). Albuminuric growth failure. A case of Munchausen syndrome by proxy. *Acta Paediatrica*, 81, 373-376.
- MAIN, D.J., DOUGLAS, J.E., & TAMANIKA, H.M. (1986). Munchausen's syndrome by proxy. *The Medical Journal of Australia*, 145, 300-301.
- MAKAR, A.F., & SQUIER, P.J. (1990). Munchausen syndrome by proxy: Father as a perpetrator. *Pediatrics*, 85, 370-373.
- MALAGA, S.; SANTOS, F.; SUAREZ, M.D.; MIAJA, J.; FERNANDEZ, F. & CRESPO, M. (1984). Síndrome de Munchausen en la infancia. *Medicina Clínica*, 83. 471-472.
- MARDOMINGO, M.J.; CATALINA, M.L.; ESCUDERO, B. & MEDRANO, C. (1994). Síndrome de Munchausen por poderes: caso clínico. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1. 22-27.
- MARINA LOPEZ, C. (1991). Protocolo de actuación del pediatra extra-hospitalario ante el "maltrato infantil". *Anales Españoles de Pediatría*, 35. 113-119.



- McCLURE R.J., DAVIS P.M. & MEADOW S.R. (1996) Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation *Archives of Disease in Childhood*, 75, 57-61.
- McGUIRE, T.L., & FELDMAN, K.W. (1989). Psychological morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 83, 289-292.
- MEADOW, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2, 343-345
- MEADOW, R. (1982a). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 57, 92-98.
- MEADOW, R. (1982b). Munchausen syndrome by proxy and pseudo-epilepsy. *Archives of Disease in Childhood*, 57, 811-812.
- MEADOW R. (1984a) Fictitious Epilepsy. *Lancet* 2, 25-2.
- MEADOW R. (1984b) Factitious illness-the hinterland of child abuse. *Recent advances in paediatrics* n° 7; London; Churchill Livingstone; pags.:217-232.
- MEADOW, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60, 385-393.
- MEADOW, R. (1990a). (letter to the editor). *Child Abuse and Neglect*, 14, 289-290.
- MEADOW, R. (1990b). Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *The Journal of Pediatrics*, 117, 351-357.
- MEADOW, R. (1993a). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 68, 444-447.
- MEADOW, R. (1993b). Non-accidental salt poisoning. *Archives of Disease in Childhood*, 68, 448-452.
- MEADOW, R. (1994). Who's to blame mothers, Munchausen or medicine?. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 28, 332-337.
- MEADOW, R. (1995). False allegations of abuse and Munchausen by proxy. *Archives Disease in Childhood* 68: 444-447.
- MEADOW, R. (1998). Munchausen Syndrome by Proxy Abuse perpetrated by men. *Archives of Disease on Childhood* 78: 210-216.
- MEADOW, R. (1999). Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 80, (1): 7-14.

- MEADOW, R. (2000). The dangerousness of parents who have abnormal illness behavior. *Child Abuse Review* 9, 62-67.
- MEADOW, R. (2002) Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 26, 501-508.
- MITCHELL, I., BRUMMITT, J., DEFOREST, J., & FISHER, G. (1993). Apnea and factitious illness (Munchausen syndrome) by proxy. *Pediatrics*, 92, 810-814.
- MONEY, J., & WERLWAS, J. (1976). Folie a deux in the parents of psychosocial dwarfs: Two cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 4, 351-362.
- MORALES, B. & DE LA MORENA, M.L. (1994). Señales de alarma del Síndrome de Munchausen infantil. *Archivos de Pediatría*, 45, 337-340.
- MORRIS, B. (1985). Child abuse manifested as factitious apnea. *Southern Medical Journal*, 78, 1013-1014.
- MORTIMER, J.G. (1980). Acute water intoxication as another unusual manifestation of child abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 55, 401-403.
- MULAS F. & MORANT A. (1999): Psychogenic paroxystic disorders in children. *Revue Neurologique*, vol.28 (1), 81-83.
- MUNRO, H.M. & THRUSFIELD, M.V. (2001). "Battered pets": Munchausen syndrome by proxy (factitious illness by proxy). *Journal of small animal practice*, 42 (8): 385-389.
- MURRAY, H.A. (1938) Explorations in personality (TAT-Test de Apercepción Temática). Oxford University Press, New York
- MYERS, J.E.B. (Ed.) (1994). *The backlash: Child protection under fire*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- NICOL, A.R., & ECCLES, M. (1985). Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60, 344-348.
- NOGALES, A. (1991). Trastornos del crecimiento, talla baja. En *Pediatría*. Vol. 1. Casado de Frias, E. & Nogales Espert, A. (Eds.) 441-454.
- NOGALES ESPERT, A. (1997). The importance of caring for the chronic patient in current pediatrics. General considerations. *An Esp Pediatr. Jun*, (1): 101-2.
- NOGALES ESPERT, A. (2001). Child abuse. Review. *An. R. Acad. Nac. Med. (Madrid)*; 118(1): 23-34; discussion 34-42..

NOGALES ESPERT, A. (2002) Errors in medical practice. *An. R. Acad. Nac. Med. (Madrid)*; 119(2): 221-32; discussion 233-5.

NOGALES, A.; BERCHI, F.; LUQUE, A. & MUÑOZ, (1987). Hospital pediatric services in Madrid, 1985. Commentaries and rectifications concerning a previous article. *An Esp Pediatr. Sep*; 27(3): 221-5.

OLIVER, J.E. (1985). Succesive generations of child maltreatment: social and medical disorders in the parents. *British Journal of Psychiatry*. 147.: 484-490.

OMS. (1992).; *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. López-Ibor Aliño J.J. (Ed.) Editorial Meditor. Madrid.

OPPENORTH, W.H. (1992). Treatment of Munchausen syndrome by proxy with clinical psychiatric family therapy and hypnotherapy: A case description. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 18(1), 12-21.

ORENSTEIN, D.M., & WASSERMAN, A. L. (1986). Munchausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis. *Pediatrics*, 78, 621-624.

PALOMEQUE, A.; MARTINEZ-GUTIERREZ, A.; DOMENECH, P.; PEDROLA, D.; LEQUERICA, P. & TORO, D. (1986). Síndrome de Munchausen inducido como intoxicación recidivante con imipramina. *Anales Españoles de Pediatría*, 4. 257-259

PARNELL, T.F., & DAY, D.O. (1998). *Munchausen by proxy syndrome. Misunderstood child abuse*. T.F. Parnell & D.O. Day (Eds.). SAGE Publications Ltd.

PERERA, H.; LAMABADUSURIYA, S.P. & DE SILVA, G.D. (1995). Is it Munchausen syndrome by proxy?. *Ceylon Medical Journal*, 40 (3), 116-118.

PICKFORD, E., BUCHANAN, N., & McLAUGHLAN, S. (1988). Munchausen syndrome by proxy: A family anthology. *The Medical Journal of Australia*, 148, 646-650.

PLUM, H.J. (1995). *Legal considerations, in Munchausen Syndrome by Proxy: Issues in Diagnosis and Treatment*. Edited by Levin A.V., Sheridan M.S. New York, Lexington Books.

POPE, H.G., JONAS, J.M., & JONES, B. (1982). Factitious psychosis: Phenomenology, family history, and long-term outcome of nine patients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1480-1483.

POZO, J.; GARCIA, J.; CASADO, J.; DE LA TORRE, M. & GONZALEZ, L. (1989). Síndrome de Munchausen por poderes. *Anales Españoles de Pediatría*, 30. 229-230.

PROESMANS, W., SINA, J., DEBUCQUOY, P., RENOIRTE, M., & EECKELS, R. (1981). Recurrent acute renal failure due to non-accidental poisoning with glafenin in a child. *Clinical Nephrology*, 16, 207-210

RAND, D.C. (1989). Munchausen syndrome by proxy as a possible factor when abuse is falsely alleged. *Issues in Child Abuse Accusations*, 1(4), 32-34

RAND, D.C., (1993). Munchausen syndrome by proxy: A complex type of emotional abuse responsible for some false allegations of child abuse. In H. Wakefield & R. Underwager (Eds.), *Solomon's dilemma: False allegations in divorce and custody*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

RASPE, R.E. (1785). *Singular travels, campaigns, and adventures of Baron Munchausen*. London: Cresset.

RAVENSCROFT, K., Jr., & HOCHHEISER, J. (1980, October). *Factitious hematuria in a six-year-old girl: A case example of Munchausen syndrome by proxy*. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child Psychiatry, Chicago.

REIG DEL MORAL C., HERRERA MARTIN M., NEBRED A V., URBON A., GARCIA J. Y CUADRADO BELLO P. (1986) Síndrome de Münchausen por poderes. *Anales Españoles de Pediatría*, 25. 251-256.

RODRIGUEZ-MORENO, J.; RUIZ-MARTIN, J.M.; MATEO-SORIA, L. & ROZADILLA, A. (1990). Munchausen's syndrome simulating reflex sympathetic dystrophy. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 49 (12): 1010-1012.

ROGERS, D., TRIPP, J., BENTOVIM, A., ROBINSON, A., BERRY, D. & GOULDING, R. (1976). Non-accidental poisoning: An extended syndrome of child abuse. *British Medical Journal*, I, 793-796.

ROSENBERG, D. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11, 547-563.

ROSENBERG, D. (1994). Munchausen syndrome by proxy. In R.M. Reece (Ed.), *Child abuse-Medical diagnosis and management* (pp. 266-278). Philadelphia: Lea & Febiger

ROSENBERG, D. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect*, 27, 421-430.

ROSENTHAL, R. (1992). Pathological gambling. *Psychiatric Annals* 22:72

ROTH, D. (1990). How "mild" is mild Munchausen syndrome by proxy?. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 160-167.

RUBIO, G.; RODRIGUEZ, R.; PONCE, G.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A.; SANMOLINA, L. & PALOMO, T. (2004). Impulsividad y abuso de sustancias. En *Impulsividad* Editorial Ars Medica. Barcelona. 119-140.

RUMANS, L.W., & VOSTI, K.L. (1978). Factitious and fraudulent fever. *American Journal of Medicine*, 65, 745-755

RUTTER, M. & TUMA, A.H. (1988) Diagnosis and classification: Some outstanding issues. In *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, M. Rutter, A.H. Tuma, I. Lann, editors, p 437. Guilford, New York.

SABOT, J.F., BORNET, C.E., & FAVRE, S. (1999). The analysis of peculiar urinary (and other) calculi: an endless source of challenge. *Clinical Chim. Acta*, 283, 151-158.

SALE, I., & KALUCY, R. (1980). An observation of the genesis of Munchausen syndrome: A case report. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 14, 61-64.

SAMUELS, M.P., & SOUTHALL, D.P. (1992). Munchausen syndrome by proxy. *British Journal of Hospital Medicine*, 47, 759-762.

SAMUELS, M.P., McCLAUGHLIN, W., JACOBSON, R.R., POETS, C.F., & SOUTHALL, D.P. (1992). Fourteen cases of imposed upper airway obstruction. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 162-170.

SANDERS, M.J., (1995). Symptom coaching: Factitious disorder by proxy with older children. *Clinical Psychology Review*, 15, 423-442.

SANSEBASTIAN, F.J.; LANA, F.; CRESPO, M.D. & MARTINEZ, M. (1988). Síndrome de Munchausen por poderes. A propósito de un caso que implicó a dos generaciones del núcleo familiar. *Revista Española de Pediatría*, 44. 269-274.

SANSONE, R.A., WEJDERMAN, M.W., & SANSONE, L.A. (1997). Sabotaging one's own medical care. *Archives Fam. Med.*, 6, 583-586.

SARWARI, A.R., & MACKOWIAK, P.A. (1997). Factitious fever: a modern update. *Current Clin. Top. Infect Diseases*, 17, 88-94.

SHERIDAN M.S. (2003) The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy *Child Abuse & Neglect*, 27, 431-451.

SCHREIER H.A. (1997) Factitious presentation of psychiatric disorder: when is it Munchausen by proxy? *Psychology & psychiatry Review*, 2 (3), 108-115.

SCHREIER, H.A. (2002a). On the importance of motivation in Munchausen by Proxy: the case of Kathy Bush. *Child Abuse & Neglect* 26, 537-549.

SCHREIER H.A. (2002 b) Forensic issues in Munchausen by proxy. In *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*; Ed.: D.H.Schetky & E.P.Benedek, capítulo 16, pags.: 161-169.

SCHREIER H.A. (2004) Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34, 126-143.

SCHREIER, H.A., & LIBOW, J.A. (1993a). *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome*. New York: Guildford.

SCHREIER, H.A., & LIBOW, J.A. (1993b). Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 318-321.

SCHREIER, H.A., & LIBOW, J.A. (1994). Munchausen by proxy syndrome: A modern pediatric challenge. *The Journal of Pediatrics*, 125(pt. 2 suppl.), s110-s115.

SHERIDAN, M. (1989). Munchausen syndrome by proxy. *Health and Social Work*, 14(1), 53-58.

SHERIDAN, M. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 27, 431-451.

SHERIDAN, M.S. (1994). Parents'reporting of symptoms in their children: Physicians'perceptions. *Hawaii Medical Journal*, 53, 216-217, 221-222.

SIGAL, M.D., ALTMARK,D., & GELKOPF, M. (1991). Munchausen syndrome by adult proxy revisited. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 28(1), 33-36.

SIGAL, M.D., GELKOPF, M., & MEADOW, S.R. (1989). Munchausen by proxy syndrome: The triad of abuse, self-abuse and deception. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 527-533.

SINGLE, T., & HENRY, R.L. (1991). An unusual case of Munchausen syndrome by proxy. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 422-425.

SMITH, N.J., & ARDERN, M.H. (1989). More in sickness than in health: A case study of Munchausen syndrome by proxy in the elderly. *Journal of Family Therapy*, 11, 321-334.

SOUTHALL, D.P., PLUNKETTM.C., BANKS, M.W. ET AL. (1997). Covert video recording of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*, 100 (5) 735-760.

SPIRO, H.R. (1968). Chronic factitious illness: Munchausen's Síndrome. *Archives General of Psychiatry*, 18: 569.

- SUSSMAN, N. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5<sup>th</sup> ed., Vol. 2). Baltimore: Williams and Wilkins.
- SUTHERLAND, A.J., & RODIN, G.M. (1990). Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*, 31, 392-399.
- TAYLOR, D.C. (1996). *Parental persuasion to sickness*. ACPP Occasional Papers No, 12, Psychosomatics Problems in Children, pp.13-16.
- TAYLOR, S., & HYLER, S.E. (1993). Update on factitious disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 81-94.
- TOMAS I VILALTELLA, J.; AMPUDIA, M.; BIELSA, N.; BASSAS, N. & GASTAMINZA, X.: (1999). Trastornos obsesivo-compulsivos. En J. Tomás (Ed). *Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Alertes. pp. 265-288.
- TORO J., MARTINEZ A., GUIMERA & PALOMEQUE A. (1986), Un caso de síndrome de Polle o síndrome de Münchausen por poderes, *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 147-152.
- TUCKER H.S., FINLAY F. & GUITON S. (2002) Munchausen syndrome involving pets by proxies *Archives of Diseases in Childhood* 87/3, 263.
- VOLKMAR, F.R. (1998) *Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez*. Tratado de Psiquiatría. Ed. H.I. Kaplan & B.J.Sadock. Interamericana 6ª Ed. Vol. 4. Cap. 43.3; p 2280
- WALLACH, J. (1994). Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Archives of Internal Medicine*, 154: 1690-1696.
- WALLER, D.A. (1983). Obstacles to the treatment of Munchausen syndrome by proxy. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 80-85.
- WARING, W.W. (1992). The persistent parent. *American Journal of Diseases of Children*, 146, 753-756.
- WARNER, J.O., & HATHAWAY, M.J. (1984). Allergic form of Meadow's syndrome (Munchausen by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, 59, 151-156.
- WARTIK, N. (1994, February). Fatal attention. *Redbook*, pp. 62-69.

WECHSLER .(1974). Escalas de inteligencia. WISC ( Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children) WPPSI (Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence). The Psychological Corporation, Kent. Editado en castellano: TEA Ediciones, S.A.1976

WENK, R.E. (2003). Molecular evidence of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of pathology and Laboratory medicine*, 127 (1): 36-37.

WOOLLCOTT, P., ACETO, T., RUTT, C., BLOOM, M., & GLICK, R. (1982). "Doctor shopping" with the child as proxy patient: A variant of child abuse. *Journal of Pediatrics*, 101, 297-391.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10<sup>th</sup> Revision. Geneva, World Health Organization. Ed. En castellano: CIE-10 (*Trastornos mentales y del comportamiento*) (1992) Ed: Lopez-Ibor, J.J.

YORKER, B. (1996). *Legal issues in factitious disorder by proxy*, in *The Spectrum of Factitious Disorders*. Edited by Feldman M, Eisendrath S. Washington, D.C., American Psychiatric Press.

YUDKIN, S. (1961). Six children with coughs: The second diagnosis. *Lancet*, 2, 561-563.

ZEANAH, C.H. & EMDE, R.N. (1994). Attachment Disorders in Infancy and Childhood. *In Child and Adolescent Psychiatry*. Edited by M Rutter; E Taylor & L Hersov. Blackwell Science Ltd.Chap. 28. 490-504

ZEANAH, C.H.; MAMMEN O.K. & LIEBERMAN, A.P. (1993). *Disorders of Attachment*. *In Handbook of Infant Mental Health*. .C. H. Zeanah, editor, p 332. Guilford, New York.

ZOHAR, Y., AVIDAN, G., SHVILI, Y., & LAURIAN, N. (1987). Otolaryngologic cases of Munchausen's syndrome. *Laryngoscope*, 97, 201-203